O F E R TA

w konkursie na świadczenie usług zdrowotnych w roku 2021 w SP ZOZ w Sejnach.

1. Dane oferenta:

nazwa ……….........................................................................................................

siedziba ……….…………………………...………………..........................……...….

kontakt ……………………..……………..........................................

NIP ………………….............……REGON ……………………...........…Nr księgi rejestrowej: …………………

1. Zamawiający:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach, 16-500 Sejny, ul. Dr Edwarda Rittlera 2.

1. Zgłaszam chęć podjęcia współpracy w ramach umowy cywilnoprawnej, w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sejnach ***jako podmiot,*** uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. W oparciu o ogłoszenie Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sejnach, dot. konkursu na świadczenie usług zdrowotnych w SP ZOZ w Sejnach oferuję(my) udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie od **01 stycznia 2022 r.** do **31 grudnia 2023 r.**
3. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert w zakresie:

......................................................................................................................................................;

1. Posiadam ………. - letni staż w zawodzie.
2. Deklaruję chęć pełnienia ......................... dyżurów miesięcznie (dotyczy pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych).
3. Warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności: wynajem od SP ZOZ w Sejnach \*\*) / inne \*\*)..............................................................
4. Za udzielanie świadczeń w SP ZOZ w Sejnach proponuję:
   1. Za **świadczenie lekarskich usług medycznych** w Szpitalu SP ZOZ w Sejnach:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Oddział/ jednostka | Stawka za każdą godzinę/konsultację[[1]](#footnote-1) świadczenia usług (zł/godzinę) | Ryczałt za każdy miesiąc /zabieg[[2]](#footnote-2) świadczonych usług (zł/miesiąc) | Stawka za każdy dzień świadczenia usług w dni robocze w godz. 15.35-08.00 (zł/dzień) | Stawka za każdy dzień świadczenia usług w dni wolne od pracy w godz. 08.00-08.00 (zł/dzień) |
| O. Chirurgiczny i Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| O. Wewnętrzny i Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| Odział Intensywnej Terapii oraz Blok Operacyjny |  |  |  |  |
| Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| Zespół Specjalistycznym Ratownictwa Medycznego Pogotowia Ratunkowego, Ambulatorium oraz Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| Oddział dzienny rehabilitacji (19 godzin /tydzień) w tym także pełnienie funkcji Kierownika Oddziału |  |  |  |  |
| Przychodnia Lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej |  |  |  |  |
| Poradnia chirurgii urazowo – ortopedycznej (z zakresu ortopedii, oznaczony kodem 80.453 oraz kodem 80.454) |  |  |  |  |
| Poradnia Gruźlicy i chorób płuc  ryczałt za świadczone usługi (min.12 godzin/tydzień) |  |  |  |  |
| Poradni Rehabilitacji Medycznej (7 godzin /tydzień) |  |  |  |  |

* 1. Usługi lekarskie w ramach nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki POZ:

|  |  |
| --- | --- |
| Ryczałt za jeden dzień świadczenia usług  **w godz. 18.00 – 8.00 w dni powszednie**  (zł. za 1 dyżur) | Ryczałt za jeden dzień świadczenia usług  **w dni wolne od pracy w godz. 08.00 – 08.00**  (zł. za 1 dyżur) |
|  |  |

* 1. Za udzielanie pozostałych świadczeń zdrowotnych:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ryczałt za każdy dzień świadczenia usług  (zł/dzień) | Ryczałt za jeden miesiąc świadczenia usług  (zł/m-c.) | Stawka za jedną godzinę świadczenia usług bez dodatku ministerialnego i wyjazdowego (zł/godz.) | Stawka za jedną godzinę świadczenia usług wraz z dodatkiem ministerialnym i wyjazdowym (zł/godz.) | Stawka za jedną godzinę pozostawania w gotowości do świadczenia usług „pod telefonem”  (zł/godz.) |
| Świadczenia pielęgniarskie |  |  |  |  |  |
| Świadczenia położnej |  |  |  |  |  |
| Świadczenia ratownika medycznego (zespół P+S+T) |  |  |  |  |  |
| Świadczenia ratownika medycznego – kierowcy (zespół P+S+T) |  |  |  |  |  |
| Pielęgniarki systemu ratownictwa medycznego (zespół P+S+T) |  |  |  |  |  |
| Świadczenia ratownika medycznego (transport sanitarny) |  |  |  |  |  |
| Świadczenia ratownika medycznego – kierowcy (transport sanitarny) |  |  |  |  |  |
| Pielęgniarki systemu ratownictwa medycznego (transport sanitarny) |  |  |  |  |  |

* 1. Za świadczenie usług polegających na:

- świadczeniu różnych form terapii i **technik terapii zajęciowej w ZPO** (19 godzin w tygodniu) **oraz w Oddziale dziennym Rehabilitacji** (5 godzin w tygodniu) - stawka za jedną godzinę świadczenia usług …………………………………………….(zł/godz.);

- świadczeniu usług z zakresu **logopedii w ZPO** dwa razy w tygodniu (dwa razy w tygodniu przez 4 godziny i 30 minut) - stawka za jedną godzinę świadczenia usług …………………………………………….(zł/godz.);

- świadczeniu usług **mikrobiologa w Zespole Zakażeń Szpitalnych** - stawka za jedną godzinę świadczenia usług …………………………………………….(zł/godz.);

- świadczenie usług **psychologa** w ZPO (średniotygodniowo 19 godzin) oraz w Oddziale Dziennym Rehabilitacji (średniotygodniowo 5 godzin) oraz na oddziałach Szpitala Powiatowego w Sejnach (wg. potrzeb) - stawka za jedną godzinę świadczenia usług ………………………………………(zł/godz.);

……………………………………..

(podpis osoby uprawnionej, data)

**OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam(my), że zapoznałem (liśmy) się z treścią ogłoszenia na wstępie powołanego, szczegółowymi warunkami przeprowadzania konkursu oraz wzorem umowy obowiązującymi w przedmiotowym postępowaniu i przyjmuję(my) je bez zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy informacje konieczne do przygotowania oferty.
2. Oświadczam(my), że uważam(my) się związany(i) niniejszą ofertą na czas określony w szczegółowych warunkach przeprowadzania konkursu w przedmiocie, którego moja (nasza) oferta dotyczy, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
3. Zobowiązuję(my) się do wykonywania usług z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
4. Oświadczam(y), że nie toczą się przeciwko mnie (nam) postępowania dyscyplinarne ani karne z tytułu nienależytego wykonywania zawodu technika sterylizacji i nie byłem (nie byliśmy) karany(i) dyscyplinarnie ani karnie z tego tytułu.
5. Oświadczam(y), że pozostaję(emy) w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia.
6. Oświadczam(y), iż wyrażam(y) zgodę na to, aby zaoferowana cena podlegała negocjacjom przed zawarciem umowy.
7. Zobowiązuję się do zawarcia umowy cywilnoprawnej z Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sejnach na świadczenie usług zdrowotnych w SP ZOZ w Sejnach.
8. Oświadczam, że do chwili zawarcia umowy z SP ZOZ w Sejnach zawrę umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, zapewnię ciągłość polisy w trakcie obowiązywania umowy oraz zobowiązuję się niezwłocznie dostarczać kopię nowej polisy \*).
9. Oświadczam, że do chwili zawarcia umowy z SP ZOZ w Sejnach, zgodnie z obowiązującymi przepisami, dostarczę zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku w trakcie obowiązywania umowy oraz zobowiązuję się niezwłocznie dostarczać kopię zaświadczenia potwierdzającą brak ww. przeciwwskazań \*).
10. Podaję(my) numer konta bankowego:………………..………………………………………………

……………………………………..

(podpis osoby uprawnionej, data)

**Załączniki:**

1. Kopie aktualnych dokumentów potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia zawodowe osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych w postaci:

- kserokopia dyplomu uprawniającego do wykonywania zawodu,

- kserokopie dokumentów potwierdzających posiadanie specjalizacji,

- kserokopie dokumentów potwierdzających posiadanie uprawnienia.

1. aktualny wypis z Rejestru Sądowego lub aktualny wyciąg z CEIDG (jeśli dotyczy),
2. wyciąg z rejestru podmiotów wykonujących dział. Leczniczą (jeśli dotyczy),
3. kopię zaświadczenia potwierdzającego Numer Identyfikacji Podatkowej NIP(jeśli dotyczy),
4. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej wymagane zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa lub oświadczenie oferenta, że zostanie ono dostarczone przed podpisaniem umowy,
5. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
6. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych,

\*) dotyczy osób, które dotychczas nie dopełniły tego obowiązku

\*\*) zakreślić właściwe

1. Konsultacje będą opłacane według faktycznego wykonania [↑](#footnote-ref-1)
2. ryczałt za każdy zabieg z zakresu ortopedii, oznaczony kodem 80.453 oraz kodem 80.454 [↑](#footnote-ref-2)