

O F E R T A

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

I. Dane oferenta:

nazwa

siedziba

kontakt

NIPREGONNr księgi rejestrowej:

II. Zamawiający:

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

III. Zgłaszam chęć podjęcia współpracy w ramach umowy cywilnoprawnej, w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sejnach **jako podmiot**, uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych.

IV. 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.**

V. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert w zakresie:

.....;

VI. Posiadam - letni staż w zawodzie.

VII. Deklaruję chęć pełnienia dyżurów miesięcznie (dotyczy pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych).

VIII. Warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności: wynajem od SP ZOZ w Sejnach **) / inne **).....

IX. 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 świadczenia usług (zł/godzinę)	Ryczałt za każdy miesiąc /zabieg 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				
Oddział 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				

¹ Konsultacje będą opłacane według faktycznego wykonania

² ryczałt za każdy zabieg z zakresu ortopedii, oznaczony kodem 80.453 oraz kodem 80.454

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)				

2. 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)

3. 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)					

4. 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 Zakazań 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 związaną(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 karne 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 negocjacom 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.
2. aktualny wypis z Rejestru Sądowego lub aktualny wyciąg z CEIDG (jeśli dotyczy),
3. wyciąg z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeśli dotyczy),
4. kopię zaświadczenia potwierdzającego Numer Identyfikacji Podatkowej NIP (jeśli dotyczy),
5. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej wymagane zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa lub oświadczenie oferenta, że zostanie ono dostarczone przed podpisaniem umowy,
6. 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,
7. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych,

*) dotyczy osób, które dotychczas nie dopełniły tego obowiązku

**) zakreślić właściwe