

## O F E R T A

w konkursie na świadczenie usług zdrowotnych w latach 2021-2024 w SP ZOZ w Sejnach.

I. Dane oferenta:

Imię i nazwisko /nazwa.....

Adres/siedziba, kontakt .....

NIP.....REGON.....

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 osoba/podmiot** legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Sejnach.

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 września 2021 r. do 31 sierpnia 2024 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. Warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności: wynajem od SP ZOZ w Sejnach .....(inne wymienić).

VIII. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych - Usługi diagnostyki obrazowej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sejnach SP ZOZ w Sejnach, proponuję:

|  |  |  |
|--|--|--|
| Ryczałt za świadczenia usług diagnostyki obrazowego w SP ZOZ w Sejnach w każdy roboczy dzień tygodnia przez 7h35' dziennie | Ryczałt za jedną godzinę pozostawania w gotowości do świadczenia usług diagnostyki obrazowego w SP ZOZ w Sejnach | Ryczałt za jedną godzinę świadczenia usług diagnostyki obrazowego w SP ZOZ w Sejnach |
| .....zł/miesiąc  | .....zł/godzina  | .....zł/godzina  |

.....  
(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 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 dział. 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