O F E R TA

w konkursie na świadczenie usług zdrowotnych w roku 2020 w SP ZOZ w Sejnach

1. Dane oferenta:
   1. Nazwa: ……….........................................................................................................

.................................................................................................................................

* 1. Siedziba: ……….…………………………...………………..........................……...….

.................................................................................................................................

* 1. Imię i nazwisko: ......................................................................................................
  2. Adres, nr telefonu: ……………………..……………..................................................
  3. NIP ………………………..............…… REGON …………..…………............………
  4. 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, jako ***podmiot*** wykonujący działalność leczniczą  
   i udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Sejnach.
2. W oparciu o ogłoszenie Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sejnach, dot. konkursu na świadczenie usług zdrowotnych dla SP ZOZ w Sejnach oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie od **01 marca 2020 r.** do **31 grudnia 2020 r.**
3. Zobowiązuję się do zawarcia umowy cywilnoprawnej z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Sejnach na świadczenie usług zdrowotnych dla SP ZOZ w Sejnach.
4. 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. \*)
5. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert.
6. Posiadam ………. - letni staż w zawodzie.
7. Deklaruję chęć pełnienia......................... dyżurów miesięcznie.
8. Zobowiązuję się do wykonywania usług z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
9. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na to, aby zaoferowana cena podlegała negocjacjom przed zawarciem umowy.
10. Warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności: wynajem od SP ZOZ w Sejnach \*\*\*) / inne \*\*\*)..............................................................
11. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych, jako ……………………………………………………………..na ………………………………………………….. Szpitala SP ZOZ w Sejnach:

- proponuję stawkę w wysokości ...................... złotych za 1 godzinę pracy trwającej do 12 godzin zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienia,

- proponuję stawkę w wysokości ...................... złotych za 1 godzinę pracy trwającej do 8 godzin zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienia,

- proponuję stawkę w wysokości ...................... złotych za 1 godzinę pracy trwającej 7,35 godzin zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienia,

- stawka godzinowa za gotowość do świadczenia usług w wysokości ...................... złotych za 1 godzinę pozostawania w gotowości\*\*.

……………………………………..

(podpis osoby uprawnionej, data)

**OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia Dyrektora SP ZOZ w Sejnach z dnia 07.02.2020 r. o konkursie ofert na udzielanie świadczeń w SP ZOZ w Sejnach.
2. Oświadczam, że uważam się związany niniejszą ofertą na czas określony w szczegółowych warunkach przeprowadzania konkursu w przedmiocie, którego moja oferta dotyczy, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
3. Zobowiązuję się do wykonywania usług z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
4. Oświadczam, że nie toczą się przeciwko mnie postępowania dyscyplinarne ani karne z tytułu nienależytego wykonywania zawodu i nie byłam/em karany dyscyplinarnie ani karnie z tego tytułu.
5. Oświadczam, że pozostaję w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia.
6. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na to, aby zaoferowana cena podlegała negocjacjom przed zawarciem umowy.

……………………………………..

(podpis osoby uprawnionej, data)

Załączniki:

1. Dyplom
2. Zaświadczenia ukończonych kursów i specjalizacji
3. Zaświadczenie o dokonaniu wpisu do rejestru podmiotów wykonujących dział leczniczą
4. Zaświadczenie z centralnej ewidencji i inf. o działalności gospodarczej
5. Zaświadczenie o braku przeciwwskazań do pracy na stanowisku
6. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych
7. Numer Identyfikacji Podatkowej NIP
8. Polisa OC
9. Numer konta bankowego ………………………………………..………………………………..

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

\*\*) dotyczy gotowości świadczenia usług („pod telefonem”)

\*\*\*) zakreślić właściwe