

O F E R T A

w konkursie na świadczenie usług zdrowotnych w latach 2022-2024 w SP ZOZ w Sejnach.

I. Dane oferenta:

Imię i nazwisko

adres, kontakt

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** 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 lipca 2022 r. do 30 września 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. 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.

IX. Za udzielanie świadczeń w SP ZOZ w Sejnach proponuję:

1. Za **świadczenie lekarskich usług medycznych** w Szpitalu SP ZOZ w Sejnach:

| Oddział | Stawka za każdą godzinę świadczenia usług w godz. 08.00-15.35 | Stawka za każdą godzinę świadczenia usług w godz. 15.35-08.00 | Ryczałt za każdy dzień świadczenia usług w godz. 08.00-15.35 | Ryczałt za każdy miesiąc /zabieg ¹ świadczonych usług | Ryczałt za dyżur medyczny w dni robocze w godz. 15.35-08.00 | Ryczałt za dyżur medyczny w dni wolne od pracy w godz. 08.00-08.00 |
|--|---|---|--|--|---|--|
| 1. Oddział Chirurgiczny i Izba przyjęć a także wykonywanie konsultacji medycznych w innych komórkach organizacyjnych i poradniach specjalistycznych w tym także: | | | | | | |
| świadczenie usług zastępcy Ordynatora Oddziału Chirurgicznego | | | | | | |
| 2. Wykonywanie zabiegów neurochirurgicznych oznaczonych kodem 80.513 na Oddziale Chirurgicznym a także wykonywanie konsultacji medycznych w innych komórkach organizacyjnych | | | | | | |
| 3. O. Wewnętrzny i Izba Przyjęć a także wykonywanie konsultacji medycznych w innych komórkach organizacyjnych poradniach specjalistycznych | | | | | | |
| 4. Oddział Intensywnej Terapii i na Blok Operacyjny i Izba przyjęć a także | | | | | | |

¹ Dotyczy zabiegów neurochirurgicznych oznaczonych kodem 80.513

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| wykonywanie konsultacji medycznych w innych komórkach organizacyjnych, w tym także: | | | | | | |
| świadczenie usług Kierownika Oddziału Intensywnej Terapii | | | | | | |
| 5. Pododdział Położniczo-Ginekologiczny, Izba Przyjęć a także wykonywanie konsultacji medycznych w innych komórkach organizacyjnych i poradniach specjalistycznych w tym także: | | | | | | |
| świadczenie usług Kierownika Pododdziału Położniczo-Ginekologicznego | | | | | | |
| 6. Zespół Specjalistycznym Ratownictwa Medycznego Pogotowia Ratunkowego, Ambulatorium oraz Izbie Przyjęć Szpitala, a także wykonywanie konsultacji medycznych w innych komórkach organizacyjnych, w tym także: | | | | | | |
| świadczenie usług Kierownika Pogotowia Ratunkowego | | | | | | |
| 7. Pododdział Dziecięcy, a także wykonywanie konsultacji medycznych w innych komórkach organizacyjnych i poradniach specjalistycznych, oraz badanie noworodków na Pododdziale Położniczo-Ginekologicznym, w tym także: | | | | | | |
| świadczenie usług Kierownika Pododdziału Dziecięcego | | | | | | |

2. Pozostawanie w gotowości do świadczenia usług lekarskich na Pododdziale Dziecięcym „dyżur pod telefonem”, oraz udzielanie świadczeń lekarskich na podstawie telefonicznego wezwania w dni robocze tygodnia w godzinach 15.35-08.00 oraz dni wolne od pracy, niedziele i święta w godzinach 08.00-08.00:

-(ryczałt za każdy dzień świadczenia usług w dni robocze w godz. 15.35-08.00)
-(ryczałt za każdy dzień świadczenia usług w dni wolne od pracy w godz. 08.00-08.00)

3. Udzielanie lekarskich świadczeniu zdrowotnych w Przychodni Powiatowej w Sejnach z jednostkami organizacyjnymi:

| Komórka organizacyjna | Stawka za każdą godzinę świadczenia usług w godz. 08.00-15.35 | Stawka za każdą godzinę świadczenia usług w godz. 15.35-08.00 | Ryzałt za każdy dzień godzinę świadczenia usług w godz. 08.00-15.35 | Ryzałt za każdy miesiąc /zabieg ² świadczonych usług | Ryzałt za dyżur medyczny w dni robocze w godz. 15.35-08.00 | Ryzałt za dyżur medyczny w dni wolne od pracy w godz. 08.00-08.00 |
|---|---|---|---|---|--|---|
| 1. Poradnia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w Sejnach a także wykonywanie konsultacji medycznych w innych komórkach organizacyjnych | | | | | | |
| 2. Poradnia Laryngologicznej w zakresie laryngologii a także wykonywanie konsultacji medycznych w innych komórkach organizacyjnych | | | | | | |

² Dotyczy zabiegów neurochirurgicznych oznaczonych kodem 80.513

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| 3. Poradnia chirurgii urazowo – ortopedycznej w zakresie ortopedii a także wykonywanie konsultacji medycznych w innych komórkach organizacyjnych | | | | | | |
| 4. Poradnia Kardiologiczna w zakresie kardiologii a także wykonywanie konsultacji medycznych w innych komórkach organizacyjnych | | | | | | |
| 5. Poradni Diabetologicznej w zakresie diabetologii a także wykonywanie konsultacji medycznych w innych komórkach organizacyjnych | | | | | | |

4. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SP ZOZ w Sejnach w dni powszednie od poniedziałku do piątku (minimum 2 godziny dziennie):

-(ryczałt za każdy miesiąc świadczenia usług).

5. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach nocnej i świątecznej opieki lekarskiej:

| | |
|---|---|
| Ryczałt za jeden dzień świadczenia usług w godz. 18.00 – 08.00 w dni powszednie | Ryczałt za jeden dzień świadczenia usług w dni wolne od pracy w godz. 08.00 – 08.00 |
| | |

6. Udzielanie pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych:

| | Stawka za jedną godzinę świadczenia usług bez dodatku ministerialnego | Stawka za jedną godzinę świadczenia usług wraz z dodatkiem ministerialnym |
|--|---|---|
| na Oddziałach Szpitala, Izbie Przyjęć, POZ oraz w ZPO a także w Poradni Chirurgicznej (wskazać oddział /komórkę: | | |
| na Bloku Operacyjnym Szpitala | | |

7. Świadczenie usług pozostawanie w gotowości do świadczenia usług pielęgniarskich na Bloku Operacyjnym (pielęgniarki anestezyjologiczne, operacyjne lub chirurgiczne) „dyżur pod telefonem”, oraz udzielanie świadczeń pielęgniarskich na podstawie telefonicznego wezwania w dni robocze tygodnia w godzinach 19.00-08.00 oraz dni wolne od pracy, niedziele i święta w godzinach 08.00-08.00:

-(zł/godzinę)

8. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez położne na Oddziałach Szpitala oraz w Poradni Ginekologiczno – Położniczej:

| | Stawka za jedną godzinę świadczenia usług bez dodatku ministerialnego | Stawka za jedną godzinę świadczenia usług wraz z dodatkiem ministerialnym |
|---|---|---|
| na Oddziałach Szpitala oraz w Poradni Położniczo-ginekologicznej (wskazać oddział /komórkę: | | |

9. Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego (ratownik medyczny lub ratownik medyczny dodatkowo wykonujący czynności kierowcy karetki pogotowia ratunkowego) w Zespołach Wyjazdowym Ratownictwa Medycznego oraz w karetce transportowej lub sanitarnej a także na Izbie Przyjęć :

| | Stawka za jedną godzinę świadczenia usług bez dodatku wyjazdowego | Stawka za jedną godzinę świadczenia usług wraz z dodatkiem wyjazdowym | Stawka za jedną godzinę pozostawania w gotowości do świadczenia usług „pod telefonem” w karetce transportowej | Ryczałt za jeden miesiąc świadczenia usług |
|--|---|---|---|--|
| ratownik medyczny w Zespołach Wyjazdowych Ratownictwa Medycznego (S i P) | | | | |
| ratownik medyczny dodatkowo wykonujący czynności kierowcy karetki pogotowia ratunkowego w Zespołach Wyjazdowych Ratownictwa Medycznego (S i P) | | | | |
| ratownik medyczny w ambulansie transportowym „T”, | | | | |
| ratownik medyczny w transporcie sanitarnym | | | | |
| ratownik medyczny na Izbie Przyjęć Szpitala SP ZOZ w Sejnach | | | | |
| pełnienie funkcji ratownika koordynującego | | | | |

.....
(podpis osoby uprawnionej, data)

OŚWIADCZENIA:

- 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.
- 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.
- Zobowiązuję(my) się do wykonywania usług z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
- 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.
- Oświadczam(y), że pozostaję(emy) w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia.
- Oświadczam(y), iż wyrażam(y) zgodę na to, aby zaoferowana cena podlegała negocjacom przed zawarciem umowy.
- Zobowiązuję się do zawarcia umowy cywilnoprawnej z Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sejnach na świadczenie usług zdrowotnych w SP ZOZ w Sejnach.
- 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 *).
- 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 REGON (jeśli dotyczy),

4. wyciąg z rejestru podmiotów wykonujących dział. Leczniczą (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