O F E R TA

w konkursie na świadczenie usług zdrowotnych w latach 2024-2025 w SP ZOZ w Sejnach.

1. Dane oferenta:

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………

adres, kontakt ……………………………………………………………………………………………………..

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 osoba*** legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do 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 w SP ZOZ w Sejnach oferuję(my) udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie od **01 stycznia 2024r.** do **31 grudnia 2025 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 Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym** w Sejnach - stawka za jedną godzinę świadczenia usług: …………………………………………….(zł/godz.);
	2. Za świadczenie **lekarskich usług medycznych na pododdziałach/oddziałach szpitala, Izbie przyjęć** a także wykonywanie konsultacji medycznych w innych komórkach organizacyjnych SP ZOZ w Sejnach:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Oddział/komórka[[1]](#footnote-1) | Ryczałt **za każdy dzień** świadczenia usług - w dzień roboczy w godz. 08.00–15.35 (zł/dzień)  | Ryczałt **za** **jeden miesiąc** świadczenia usług w dni robocze od 08.00-15.35 (zł/m-c.) | Stawka **za jedną godzinę** świadczenia usług w dni robocze w godz. 08.00-15.35 lub 15.35-08.00 (zł/h) i/lub w dni wolne od pracy w godz. 08.00-08.00 (zł/h) | Ryczałt za dyżur medyczny w dni robocze w godz. 08.00-15.35 lub 15.35-08.00 (zł/dyżur) i/lub w dni wolne od pracy w godz.08.00-08.00 (zł/dyżur) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* 1. Za świadczenie **lekarskich usług medycznych w Izbie przyjęć oraz w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej** (stacjonarnej i wyjazdowej):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Stawka **za jedną godzinę** świadczenia usług (stacjonarna) w dni robocze w godz. 08.00-15.35 lub 15.35-08.00 (zł/h) i/lub w dni wolne od pracy w godz. 08.00-08.00 (zł/h) | Ryczałt **za jeden dzień** świadczenia usług (wyjazdowa opieka) w dni powszedniew godz. 18.00 – 08.00 dnia następnego (zł./dzień) | Ryczałt **za jeden dzień** świadczenia usług (wyjazdowa opieka) w dni wolne od pracy w godz. 08.00 – 08.00dnia następnego (zł. za 1 dzień) |
|  |  |  |

* 1. Za świadczenie **lekarskich usług medycznych w Poradni lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej** POZ: stawka za jedną godzinę świadczenia usług: .. …………………………………………….(zł/godz.);
	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)

* 1. Za świadczenie **lekarskich usług medycznych w** **Poradniach specjalistycznych** a także wykonywanie konsultacji medycznych w innych komórkach organizacyjnych SP ZOZ w Sejnach:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa poradni | % **wyceny punktu** przez NFZ za każdy wykonany punkt | stawka **za jedną godzinę** świadczenia usług (zł/godz.); | Cena za 1 konsultację |
| PORADNIA GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC |  |  |  |
| PORADNIA CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ |  |  |  |
| PORADNIA LARYNGOLOGICZNA |  |  |  |
| PORADNIA PEDIATRYCZNA |  |  |  |

* 1. Za udzielanie **pielęgniarskich** świadczeń zdrowotnych w **ZPO,** **na oddziałach Szpitala**, **w Izbie Przyjęć**, **POZ** i w jednostkach organizacyjnych SP ZOZ w Sejnach - stawka za jedną godzinę świadczenia usług ……………………..(zł/godz.);
	2. Za udzielanie **pielęgniarskich** świadczeń zdrowotnych na Bloku Operacyjnym - stawka za jedną godzinę świadczenia usług ……………………..(zł/godz.), pozostawanie w gotowości do w/w świadczeń- stawka za jedną godzinę świadczenia usług ……………………..(zł/godz.);
	3. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych jako **położna w poradni Ginekologiczno - Położniczej,** na oddziałach/pododdziałach Szpitala i w jednostkach organizacyjnych SP ZOZ w Sejnach - stawka za jedną godzinę świadczenia usług ……………… (zł/godz.);
	4. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych jako **ratownik medyczny** lub **ratownik medyczny - kierowca** w Zespołach Wyjazdowych Ratownictwa Medycznego (Specjalistycznym „S” za jedną godzinę świadczenia usług …………………………(zł/godz.); Podstawowym „P” za jedną godzinę świadczenia usług …………………………(zł/godz.); , Ambulansie Transportowym „T” za jedną godzinę świadczenia usług …………………………(zł/godz.); ), **Izbie Przyjęć** za jedną godzinę świadczenia usług …………………………(zł/godz.); pozostawania w gotowości do udzielania w/w świadczeń („dyżur pod telefonem „) stawka za jedną godzinę świadczenia usług …………………………(zł/godz.);
	5. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych jako technik sterylizacji medycznej - stawka za jedną godzinę świadczenia usług ………………………(zł/godz.). Pozostawania w gotowości do udzielania w/w świadczeń - stawka za jedną godzinę świadczenia usług……………………….(zł/godz.);
	6. Za udzielanie świadczeń z zakresu dietetyka w Szpitalu (Program Dobry Posiłek w Szpitalu) i Poradni Lekarzy Rodzinnych (Opieka koordynowana) - stawka za jedną godzinę świadczenia usług ………………………(zł/godz.);
	7. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu mikrobiologa w Zespole Zakażeń Szpitalnych - stawka za jedną godzinę świadczenia usług ………………………(zł/godz.);
	8. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu psychologa w ZPO oraz Oddziałach Szpitala - 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 \*).

 ……………………………………..

 (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 REGON (jeśli dotyczy),**
3. **wyciąg z rejestru podmiotów wykonujących dział. Leczniczą (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.**

\*) jeśli dotyczy

1. Wskazać oddział/komórkę [↑](#footnote-ref-1)