

## O F E R T A

w konkursie na świadczenie usług zdrowotnych w latach 2023-2024 w SP ZOZ w Sejnach.

I. Dane oferenta:

nazwa .....

siedziba .....

kontakt .....

NIP .....REGON .....Nr 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(m) udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie od **01 stycznia 2024 r.** do **31 grudnia 2025 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 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 <sup>1</sup>	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)

3. 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	Ryczałt za jeden dzień świadczenia usług (wyjazdowa opieka) w dni powszednie w godz. 18.00 – 08.00	Ryczałt za jeden dzień świadczenia usług (wyjazdowa opieka) w dni wolne od pracy w godz. 08.00 –

<sup>1</sup> Wskazać oddział/komórkę

(zł/h) i/lub w dni wolne od pracy w godz. 08.00-08.00 (zł/h)	dnia następnego (zł./dzień)	08.00 dnia następnego (zł. za 1 dzień)

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

5. 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)

6. 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			

7. 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.);

8. 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.);

9. 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.);

10. 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.);

11. 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.);

12. Za udzielanie świadczeń z zakresu dietetyka w Szpitalu (Program Dobry Posiłek w Szpitalu) i Poradni Lekarzy Rodziny (Opieka koordynowana) - stawka za jedną godzinę świadczenia usług .....(zł/godz.);

13. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu mikrobiologa w Zespole Zakazań Szpitalnych - stawka za jedną godzinę świadczenia usług .....(zł/godz.);

14. 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 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 \*).

.....  
(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 działalność 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.