***Załącznik nr 1***

**OFERTA NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

 W związku z ogłoszeniem Konkursu Ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie :

**Udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy systemu w wyjazdowych zespołach ratownictwa medycznego Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie i Filiach WSPR.**

oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym szczegółowymi warunkami regulaminu przeprowadzania konkursu ofert.

**I . DANE WYKONAWCY :**

 1. Pełna nazwa Wykonawcy : ( imię , nazwisko lub nazwa firmy , PESEL )

………………………………………………………………………..........………………………......

…………………………………………………………………………..........……..............................

 2. Adres :

 ul……………………….................………………………,nr……………….........................................

kod pocztowy:………………………,miejscowość………………………………….....………………

 tel:............................................................................................................................................................

 e-mail ............…………………………………………………..............................................................

 REGON …………………………………………………………...........….........................................., NIP…………………………………………………………………………....…...................................

 3. Nazwa banku i nr rachunku:…………………………………………................................................

 **II. CENA OFERTY** :

 Oczekuję należności według następujących kalkulacji :

w Filii....................................................................................................................................................

a) za 1 godzinę dyżuru w dni robocze w godzinach dopołudniowych - ..............złotych brutto

b) za 1 godzinę dyżuru w dni robocze w godzinach popołudniowych i nocnych

 - .........złotych brutto

c) za 1 godzinę dyżuru w dni wolne od pracy - ..........złotych brutto

d) za 1 godzinę dyżuru w Wigilię, I i II Dzień Świąt Bożego Narodzenia, Sylwestra i Nowy Rok oraz Święta Wielkanocne - ..........złotych brutto

**III. POZOSTAŁE INFORMACJE :**

1. Oferuję zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych od dnia .......... do dnia..................
2. Oświadczam , że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami regulaminem przeprowadzenia konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń .
3. Oświadczam , że projekt umowy stanowiący załącznik nr 2 do szczegółowych warunków przeprowadzenia konkursu ofert, został przeze mnie zaakceptowany.
4. Zobowiązuję się , w przypadku wyboru mojej oferty , do zawarcia umowy na określonych w nim warunkach , w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczam , że czuje się związany niniejszą ofertą przez czas wskazany w regulaminie konkursu ofert tj. przez okres 30 dni , licząc od upływu terminu składania ofert.
6. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w WSPR w Szczecinie i w Filiach.................................w terminach określonych harmonogramem dyżurów ustalanym co miesiąc przez Zamawiającego.
7. Oświadczam , że w razie wybrania mojej oferty , dopełnię obowiązku ubezpieczenia OC obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych , w tym również od ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych w tym wirusa HIV - to jest zgodnie z zakresem określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1, ust. 2 oraz ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i na warunkach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22.12.2011r. o obowiązkowym ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
8. Samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych. 1
9. Przyjmuję obowiązek odbycia przeszkolenia przez oferentów nie świadczących wcześniej swoich usług na rzecz WSPR, z procedur oraz programów informatycznych obowiązujących w WSPR, przed datą rozpoczęcia udzielania świadczeń.
10. **Oświadczam, że nie ciążą na mnie wyroki sądów powszechnych, ani zawodowych sądów, które uniemożliwiałby mi wykonywanie niniejszej umowy, a w chwili zawierania umowy nie jest mi wiadomym, aby toczyło się przeciwko mnie jakiekolwiek postępowanie, którego wynik mógłby uniemożliwić mi wykonywanie niniejszej umowy w przyszłości.**
11. Złożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.
12. Jestem w posiadaniu oryginałów dokumentów, których kserokopie załączam do oferty.
13. Mam świadomość, iż Zamawiający zastrzega sobie możliwość weryfikacji złożonych oświadczeń poprzez żądanie przedstawienia dokumentów źródłowych.

Załącznikami do niniejszej oferty , stanowiącymi jej integralną częścią są :

1. zaświadczenie z CEIDG,1
2. kopia dyplomu uczelni ,poświadczająca ukończenie wyższych studiów lekarskich,
3. kopia prawa wykonywania zawodu lekarza wraz z posiadanymi specjalizacjami,
4. zaświadczenie Izby Lekarskiej właściwej, o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych praktyk lekarskich, wraz z numerem właściwego rejestru, lub zaświadczenie o wpisie do rejestrów podmiotów wykonujących działalność leczniczą, oświadczenie że wpis zostanie dostarczony w ciągu miesiąca od daty zawarcia umowy,
5. aktualne zaświadczenie wydane przez lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń objętych umową na świadczenie zdrowotne,
6. dokument o zmianie nazwiska,[[1]](#footnote-1)
7. kopia dyplomu posiadanej specjalizacji:

- w dziedzinie medycyny ratunkowej ,

- posiadający specjalizację / tytuł specjalisty (lub ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji) w dziedzinie: medycyny ratunkowej, anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii.

 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zamawiającego zgodnie z Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz ustawy o ochronie danych osobowych .

 ........... ………………………… ……………………..........................

 ( miejscowość i data ) ( podpis Oferenta )

1. Niepotrzebne skreślić . [↑](#footnote-ref-1)