



## OFERTA – Formularz ogólny

**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1  
W RZESZOWIE  
35-051 RZESZÓW  
UL. CZACKIEGO 3**

### **UWAGA!**

Wypełnia w całości i podpisuje Oferent.

Pełna nazwa Oferenta:

Imię i nazwisko lub nazwa: .....

.....

Posiadający prawo wykonywania zawodu nr: .....,

wydane przez: .....

Wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod nr: .....

prowadzonego przez: .....

Wpisanym do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej pod nazwą:

.....

.....

Adres Oferenta :

Kod pocztowy ..... miejscowość.....

ul. .... nr.....

tel. .... fax.....

Bank.....

Nr konta .....

NIP..... REGON.....

**I. Zgłaszam gotowość złożenia oferty w konkursie ofert dot. zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna, tj.**

- wykonywanie przez lekarza świadczeń zdrowotnych w dziedzinie chirurgii ogólnej w **Klinicznym Oddziale Chirurgii Ogólnej, Izbie Przyjęć w Szpitalu Miejskim w Rzeszowie w godzinach podstawowego funkcjonowania Oddziału i w ramach zabezpieczenia całodobowej opieki lekarskiej dla pacjentów Oddziału i Izby Przyjęć (poza godzinami podstawowego funkcjonowania Oddziału) oraz na zasadzie pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych i udzielanie świadczeń zdrowotnych w przypadku wezwania do Oddziału i Izby Przyjęć oraz w Poradni Chirurgii Ogólnej w Szpitalu Miejskim w Rzeszowie w godzinach funkcjonowania Poradni,**
- wykonywanie przez lekarza świadczeń zdrowotnych w dziedzinie chirurgii ogólnej w **Poradni Chirurgii Ogólnej w Przychodni Specjalistycznej nr 2 w Rzeszowie w ramach funkcjonowania Poradni.**

1. Świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia szpitalne w dziedzinie chirurgii ogólnej dotyczyć będą:

- a) zabezpieczenia opieki medycznej dla pacjentów Klinicznego Oddziału Chirurgii Ogólnej i Izby Przyjęć Szpitala Miejskiego w Rzeszowie w godz. 7,00 – 14,35 w dni robocze,
- b) zabezpieczenia opieki medycznej dla pacjentów Klinicznego Oddziału Chirurgii Ogólnej i Izby Przyjęć w godz. 14,35 – 7,00 dnia następnego w dni robocze oraz w godz. 7,00 – 7,00 dnia następnego w soboty, niedziele i święta,
- c) pozostawania w gotowości do wykonywania świadczeń medycznych dla pacjentów Klinicznego Oddziału Chirurgii Ogólnej i Izby Przyjęć Szpitala Miejskiego w Rzeszowie w godz. 14,35 – 7,00 w dni robocze oraz w godz. 7,00 – 7,00 dnia następnego w soboty, niedziele i święta oraz wykonywanie świadczeń medycznych w zakresie chirurgii ogólnej w przypadku wezwania do Oddziału i Izby Przyjęć,
- d) wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Poradni Chirurgii Ogólnej w Szpitalu Miejskim w Rzeszowie,
- e) wykonywanie świadczeń zdrowotnych w dziedzinie chirurgii ogólnej w Poradni Chirurgii Ogólnej w Przychodni Specjalistycznej nr 2 w Rzeszowie w ramach funkcjonowania Poradni.

2. Proponuję kwotę należności za realizację zamówienia w wysokości:

- 1) z tytułu świadczenia usług w Klinicznym Oddziale Chirurgii Ogólnej, Izbie Przyjęć oraz Poradni Chirurgii Ogólnej w Szpitalu Miejskiego:
  - a) ..... zł. brutto za 1 godz. świadczenia usług w godz. 7,00 – 14,35 w dni robocze w liczbie ..... godz. .... min. tygodniowo,
  - b) ..... zł. brutto za 1 godz. świadczenia usług w godz. 14,35 – 7,00 dnia następnego w dni robocze,
  - c) ..... zł. brutto za 1 godz. świadczenia usług w godz. 7,00 – 7,00 dnia następnego w soboty, niedziele i święta,
  - d) ..... zł. brutto za 1 godz. pozostawania w gotowości do wykonywania świadczeń medycznych w godz. 14,35 – 7,00 dnia następnego w dni robocze,
  - e) ..... zł. brutto za 1 godz. pozostawania w gotowości do wykonywania świadczeń medycznych w godz. 7,00 – 7,00 dnia następnego w soboty, niedziele i święta
  - f) ..... zł. brutto za 1 godz. świadczenia usług w przypadku wezwania do Oddziału w dni robocze (za rzeczywisty czas wykonywania świadczeń),
  - g) ..... zł. brutto za 1 godz. świadczenia usług w przypadku wezwania do Oddziału w soboty, niedziele i święta (za rzeczywisty czas wykonywania świadczeń),

- h) ..... zł. brutto za 1 punkt rozliczeniowy z tyt. świadczonych usług medycznych w Poradni Chirurgii Ogólnej w Przychodni Specjalistycznej nr 2 w Rzeszowie,  
i) ..... zł. brutto za 1 poradę z tytułu badania pacjentów zgłaszających się do Poradni poza NFZ.

## **II. Imię, nazwisko i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych:**

- a) .....  
b) .....  
c) .....  
d) .....  
e) .....

## **III. Oferent oświadcza, iż:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń, w przypadku przyjęcia oferty deklaruje gotowość podpisania umowy niezwłocznie od daty rozstrzygnięcia postępowania.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Klinicznym Oddziale Chirurgii Ogólnej, Izbie Przyjęć, Poradni Chirurgii Ogólnej w Szpitalu Miejskim w Rzeszowie oraz w Poradni Chirurgii Ogólnej w Przychodni Specjalistycznej nr 2 w Rzeszowie tj. w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Posiada wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz prowadzi działalność gospodarczą wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej zgodnie z danymi wymienionymi na wstępie niniejszej oferty.
4. Posiada kwalifikacje i uprawnienia konieczne do wykonywania zadań będących przedmiotem zamówienia.
5. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
6. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) zgodnie z obowiązującymi przepisami. (Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc w terminie określonym we wzorze umowy).
7. Oświadcza, iż w okresie 5 lat poprzedzających dzień rozstrzygnięcia niniejszego postępowania konkursowego SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie nie **rozwiązał** / **rozwiązał\*** z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.

8. Deklaruję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w liczbie:

..... godzin w tygodniu w Klinicznym Oddziale Chirurgii Ogólnej, Izbie  
Przyjęć oraz Poradni Chirurgii Ogólnej w Szpitalu Miejskim w Rzeszowie,  
..... dyżurów w miesiącu w Szpitalu Miejskim w Rzeszowie,  
..... godzin w tygodniu w Poradni Chirurgii Ogólnej w Przychodni  
Specjalistycznej nr 2 w Rzeszowie.

9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentowałam załącznikami.

10. W przypadku nie rozstrzygnięcia konkursu z powodu wysokości stawek wynagrodzenia  
zgłasza gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.

11. Spełnia wszystkie wymagania zawarte w warunkach uczestnictwa w postępowaniu  
i przyjmuje je bez zastrzeżeń.

Załączniki do oferty :

- |   |   |                  |
|---|---|------------------|
| 1 | Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunków konkursowych,  | - załącznik nr 1 |
| 2 | Decyzja o wpisie do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą  | - załącznik nr 2 |
| 3 | Kwalifikacje zawodowe – uwierzytelniona kserokopia: dyplomu ukończenia studiów, dyplomu specjalizacji, prawa wykonywania zawodu | - załącznik nr 3 |
| 4 | Skrócony przebieg pracy   | - załącznik nr 4 |
| 5 | Warunki i miejsce udzielanych świadczeń   | - załącznik nr 5 |
| 6 | Oświadczenie o pozostawaniu w dyspozycyjności   | - załącznik nr 6 |
| 7 | Proponowany czas trwania umowy  | - załącznik nr 7 |
| 8 | Zaświadczenie o wpisie do CEIDG lub KRS   | - załącznik nr 8 |

data .....

.....

Pieczętka i podpis Oferenta