

Pieczęć Firmowa Oferenta

## 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. 1. Zgłaszam gotowość złożenia oferty w konkursie ofert dot. zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego, tj. wykonywanie przez lekarza świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w Pracowni Endoskopii, w Bloku Operacyjnym oraz w innych komórkach organizacyjnych Szpitala Miejskiego w Rzeszowie w ramach godzin podstawowego funkcjonowania w/w komórek oraz w ramach zabezpieczenia całodobowej opieki lekarskiej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla pacjentów Szpitala tj.:**

a). zabezpieczenie opieki medycznej oraz wykonywanie procedur dla pacjentów w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w Pracowni Endoskopii, w Bloku Operacyjnym oraz w innych komórkach organizacyjnych Szpitala Miejskiego w Rzeszowie w godzinach podstawowego funkcjonowania w/w komórek organizacyjnych,

tj. w godz. 7,00 – 14,35 a poza tym czasem za zgodą *Udzielającego zamówienia*,

b). zabezpieczenie opieki medycznej dla pacjentów w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w Bloku Operacyjnym oraz w innych komórkach organizacyjnych Szpitala Miejskiego w Rzeszowie w godzinach popołudniowych i nocnych, tj. w godz. 14,35 – 7,00 dnia następnego w dni robocze,

c). zabezpieczenie opieki medycznej dla pacjentów w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w Bloku Operacyjnym oraz w innych komórkach organizacyjnych Szpitala Miejskiego w Rzeszowie w godz. 7,00 – 7,00 dnia następnego w soboty, niedziele i święta.

d). udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii od godz. 14,35 w dni robocze (znieczulenie do kolonoskopii) w Pracowni Endoskopii dla pacjentów nie hospitalizowanych w Szpitalu Miejskim im. Jana Pawła II w Rzeszowie - świadczenia zdrowotne nie mogą być udzielane w godzinach określonych w pkt. a), b), c).

**2. Proponuję kwotę należności z tytułu:**

- a). zabezpieczenia opieki medycznej oraz wykonywania procedur dla pacjentów w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w Pracowni Endoskopii, w Bloku Operacyjnym oraz w innych komórkach organizacyjnych Szpitala Miejskiego w Rzeszowie w godzinach podstawowego funkcjonowania w/w komórek organizacyjnych, tj. w godz. 7,00 – 14,35 wg stawki godzinowej w wysokości .....zł. brutto,
- b). zabezpieczenia opieki medycznej dla pacjentów w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w Bloku Operacyjnym oraz w innych komórkach organizacyjnych Szpitala Miejskiego w Rzeszowie w godzinach popołudniowych i nocnych, tj. w godz. 14,35 – 7,00 dnia następnego w dni robocze wg stawki godzinowej w wysokości .....zł. brutto,
- c). zabezpieczenia opieki medycznej dla pacjentów w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w Bloku Operacyjnym oraz w innych komórkach organizacyjnych Szpitala Miejskiego w Rzeszowie w godz. 7,00 – 7,00 dnia następnego w soboty, niedziele i święta wg stawki godzinowej w wysokości .....zł. brutto.
- d). .....za 1 procedurę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii od godz. 14,35 w dni robocze (znieczulenie do kolonoskopii) w Pracowni Endoskopii dla pacjentów nie hospitalizowanych w Szpitalu Miejskim w Rzeszowie.

## **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 Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w Pracowni Endoskopii, w Bloku Operacyjnym oraz w innych komórkach organizacyjnych Szpitala Miejskiego 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. Deklaruje liczbę godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w ilości ..... godzin w tygodniu oraz dyżury medyczne w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w Pracowni Endoskopii, w Bloku Operacyjnym oraz w innych komórkach organizacyjnych Szpitala Miejskiego w Rzeszowie.

9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował 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   | - załącznik nr 8 |

data .....

.....  
Pieczęć i podpis Oferenta