

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 udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego, tj. wykonywanie przez lekarza świadczeń zdrowotnych w dziedzinie pediatrii w Klinicznym Oddziale Pediatryczno-Pulmonologicznym oraz Izbie Przyjęć Szpitala Miejskiego w Rzeszowie w godzinach podstawowego funkcjonowania Oddziału oraz w ramach zabezpieczenia całodobowej opieki medycznej (poza godzinami podstawowego funkcjonowania Oddziału) dla pacjentów Oddziału oraz Izby Przyjęć, tj.:

- a). wykonywania świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego dla pacjentów w Klinicznym Oddziale Pediatryczno-Pulmonologicznym w godz. 7,00–14,35 w dni robocze;
- b). wykonywania świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego dla pacjentów w Klinicznym Oddziale Pediatryczno-Pulmonologicznym w ramach zabezpieczenia całodobowej opieki lekarskiej 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.

**2.** Proponuję kwotę należności za realizację zamówienia w wysokości:

- a). ..... zł. brutto za 1 godzinę świadczenia usług w Oddziale w dni robocze w godz. 7,00– 14,35 (a poza tym czasem za zgodą *Udzielającego zamówienia*),
- b). ..... zł. brutto za 1 godzinę świadczenia usług w ramach zabezpieczenia całodobowej opieki medycznej dla pacjentów Oddziału w godz 14,35 – 7,00 dnia następnego w dni robocze,
- c). ..... zł. brutto za 1 godzinę świadczenia usług w ramach zabezpieczenia całodobowej opieki medycznej dla pacjentów Oddziału w godz. 7,00 – 7,00 dnia następnego w soboty, niedziele i święta.

## **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 po rozstrzygnięciu postępowania.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Klinicznym Oddziale Pediatryczno-Pulmonologicznym oraz w Izbie Przyjęć w Szpitalu Miejskim w Rzeszowie, tj. w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia, 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 wykonywania świadczeń zdrowotnych w godzinach podstawowego funkcjonowania Oddziału w ilości ..... godzin w tygodniu oraz poza godzinami podstawowego funkcjonowania Oddziału w ilości ..... dyżurów miesięcznie zgodnie z harmonogramem uzgodnionym przez Udzielającego zamówienia i Przyjmującego zamówienie.
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami.
10. W przypadku nie rozstrzygnięcia konkursu z powodu wysokości stawek wynagrodzenia zgłaszam gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.
11. Spełnia wszystkie wymagania zawarte w warunkach uczestnictwa w postępowaniu i przyjmuję 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 , księga rejestrowa                        | - 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 .....

.....  
*Pieczętka i podpis Oferenta*