

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 nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych obejmującej poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem lub telefonicznie w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej przy Izbie Przyjęć w Szpitalu Miejskim im. Jana Pawła II w Rzeszowie w dni robocze w godz. od 18,00 do 8,00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta w godz. od 8,00 dnia danego do 8,00 dnia następnego**

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

- a). ..... **zł. brutto** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach zabezpieczenia opieki lekarskiej dla pacjentów Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w godzinach od 18,00 – 8,00 dnia następnego w dni robocze,
- b). ..... **zł. brutto** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach zabezpieczenia opieki lekarskiej dla pacjentów Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w godz. 8,00 – 8,00 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 od daty rozstrzygnięcia postępowania.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej w Szpitalu Miejskim 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 ..... dyżurów w miesiącu.
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 | Wydruk księgi rejestrowej z 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 | Wpis do CEIDG   | - załącznik nr 8 |

Data .....

.....  
Pieczęć i podpis Oferenta