



## 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 w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w Szpitalu Miejskim w Rzeszowie w godzinach podstawowego funkcjonowania Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, w ramach zabezpieczenia całodobowej opieki lekarskiej (poza godzinami podstawowego funkcjonowania Oddziału – dyżury medyczne) dla pacjentów Oddziału i Izby Przyjęć oraz na zasadzie pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych i udzielanie świadczeń zdrowotnych w przypadku wezwania do Szpitala,  
- w ramach realizowanych przez Udzielającego Zamówienia programów polityki zdrowotnej, tj.:

- wykonywania świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego dla pacjentów Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu i Izbie Przyjęć w godz. 7,00–14,35 w dni robocze,
- zabezpieczenia opieki medycznej dla pacjentów Szpitala w godz. 14,35-7,00 dnia następnego w dni robocze,
- zabezpieczenia opieki medycznej dla pacjentów Szpitala w godz. 7,00 – 7,00 dnia następnego w soboty, niedziele i święta,
- pozostawania w gotowości do wykonywania świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Szpitala w godz. 14,35 – 7,00 dnia następnego w dni robocze,
- pozostawania w gotowości do wykonywania świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Szpitala w godz. 7,00 – 7,00 dnia następnego w soboty, niedziele i święta,
- wykonywania świadczeń zdrowotnych w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w przypadku wezwania do Szpitala w dni robocze w godz. 14,35 – 7,00 dnia następnego (za rzeczywisty czas wykonywania świadczeń),
- wykonywania świadczeń zdrowotnych w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w przypadku wezwania do Oddziału w soboty, niedziele i święta w godz. 7,00 – 7,00 dnia następnego (za rzeczywisty czas wykonywania świadczeń),
- wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach realizowanych przez Udzielającego Zamówienia programów polityki zdrowotnej.

2. Proponuję kwotę należności za realizację zamówienia w wysokości:

a). .....zł. brutto za 1 godzinę świadczenia usług w Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu oraz Izbie Przyjęć w Szpitalu Miejskim im. Jana Pawła II w Rzeszowie w dni robocze w godz. 7,00– 14,35,

b). .....zł. brutto za 1 godzinę świadczenia usług w ramach zabezpieczenia całodobowej opieki lekarskiej dla pacjentów Szpitala w godz. 14,35 – 7,00 dnia następnego w dni robocze,

c). .....zł. brutto za 1 godzinę świadczenia usług w ramach zabezpieczenia całodobowej opieki lekarskiej dla pacjentów Szpitala w godz. 7,00 – 7,00 dnia następnego w soboty, niedziele i święta,

d). .....zł. brutto za 1 godz. pozostawania w gotowości do świadczenia usług w godz. 14,35 – 7,00 dnia następnego w dni robocze,

e). .....zł. brutto za 1 godz. pozostawania w gotowości do świadczenia usług 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 Szpitala w dni robocze w godz. 14,35 – 7,00 dnia następnego (za rzeczywisty czas wykonywania świadczeń),

g). ..... zł. brutto za 1 godz. świadczenia usług w przypadku wezwania do Szpitala w soboty, niedziele i święta w godz. 7,00 – 7,00 dnia następnego (za rzeczywisty czas wykonywania świadczeń),

h). ..... zł. brutto za 1 godz. świadczenia usług w zakresie wykonywania badań pacjentów w ramach realizowanych przez Udzielającego zamówienia programów polityki zdrowotnej.

## **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 Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu i w Izbie Przyjęć w Szpitalu Miejskim w Rzeszowie, tj. w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Prowadzi działalność gospodarczą wpisaną do ewidencji działalności gospodarczej zgodnie z danymi wymienionymi na wstępie niniejszej oferty.
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) zgodnie z obowiązującymi przepisami. (Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc w terminie określonym we wzorze umowy.)
6. 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.

7. Deklaruje liczbę wykonywania świadczeń zdrowotnych w ilości:  
..... godzin w tygodniu w godzinach podstawowego funkcjonowania Oddziału oraz  
zabezpieczenie całodobowej opieki medycznej dla pacjentów w Oddziale Ortopedii  
i Traumatologii Narządu Ruchu i Izby Przyjęć w ilości ..... dyżurów miesięcznie.
8. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami.
9. W przypadku nie rozstrzygnięcia konkursu z powodu wysokości stawek wynagrodzenia  
zgłaszam gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.
10. 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                                            | - 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