*Załącznik nr 1 do Szczegółowych warunków konkursu ofert*

*na zawieranie umów o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne*

# OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy systemu w zespołach specjalistycznych ratownictwa medycznego „S”**

Imię: ……………………………………………………………………………………………

Nazwisko: ………………………………………………………………………………………

PESEL: …………………………………………………………………………………………

Adres i numer telefonu /do korespondencji/: …………………...………………………………. ………………………………………………………………..………….……………………...

Numer konta bankowego:………………………………………………………………………

**Oferent oświadcza, że:**

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia konkursu ofert;
2. zapoznał się ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert na zawieranie umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne” i zgadza się z nimi bez zastrzeżeń;
3. zapoznał się z projektem umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne i przyjmuje go bez zastrzeżeń;
4. wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Zachodnie Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Krośnie Odrzańskim dla potrzeb konkursu oraz realizacji umowy na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne,
5. zapoznał się z „Klauzulą informacyjną dot. Przetwarzania danych osobowych”,
6. posiada wiedzę z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, znajomość przepisów prawa powszechnie obowiązującego, w szczególności w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych pozostających w zakresie przedmiotu zamówienia,
7. będzie samodzielnie rozliczał się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

**Oferent proponuje**, aby umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych została zawarta na następujących warunkach:

|  |  |
| --- | --- |
| miejsce udzielania świadczeń | ZCM Sp. z o.o |
| cena za 1 godzinę świadczenia usług | 100,00 zł brutto (w tym 30% dodatku stażowego) |
| liczba deklarowanych godzin dyżurowych  w miesiącu |  |

**Załączniki do oferty:**

1. CV zawodowe z ostatnich 3 lat;
2. dyplom lekarza;
3. prawo wykonywania zawodu lekarza;
4. dokument potwierdzający posiadanie:
5. specjalizacji lub tytułu specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii albo lekarza po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne, lub
6. specjalizacji lub tytułu specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, lub
7. ukończenia modułu podstawowego w ramach zakończonego lub kontynuowanego szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej;
8. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
9. zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej z odpowiednim kodem PKD lub pisemne zobowiązanie do zarejestrowania działalności i przedłożenia zaświadczenia o wpisie do dnia podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych;
10. umowa wymaganego przepisami prawa obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lekarzy za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ramach zawartej z Udzielającym Zamówienia umowy na okres ich udzielania lub pisemne zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia i jej przedłożenia do dnia zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych;
11. zobowiązanie do utrzymywania przez cały czas trwania umowy z Udzielającym zamówienia wymaganej przepisami prawa umowy obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lekarzy za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ramach zawartej z Udzielającym Zamówienia umowy – *wzór zobowiązania stanowi załącznik nr 1 do niniejszego formularza ofertowego;*
12. orzeczenie lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarza w zespołach ratownictwa medycznego lub pisemne zobowiązanie do przedłożenia ww. orzeczenia lekarskiego do dnia podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych;
13. oświadczenie o posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych – *wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 2 do niniejszego formularza ofertowego.*

(data) (podpis oferenta)