

**FORMULARZ OFERTOWY POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO**

udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarzy SOR

- podmioty lecznicze
- praktyki grupowe .

**1. FORMULARZ DLA PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ, o których mowa w art.4 ust.1 pkt 1) albo w art.5 ust.2 lit. b) ustawy o działalności leczniczej).**

<b>Nazwa podmiotu działalności leczniczej</b>			
<b>Adres siedziby</b>			
<b>REGON</b>			
<b>NIP</b>			
<b>Forma organizacyjna</b>			
<b>Typ organu założycielskiego</b>			
<b>Osoba/y uprawniona do reprezentowania</b>		<b>Telefon</b>	
<b>Bank i nr konta bankowego</b>			
<b>DANE REJESTROWE</b>			
<b>Rodzaj rejestru ( RPWDL, OIL)</b>		<b>Nr wpisu</b>	
<b>Organ rejestrujący</b>		<b>Data ostatniej aktualizacji</b>	
<i>Oferent załącza wyciąg z rejestru</i>			
<b>Rodzaj rejestru (KRS, Ewid. dział. gosp.)</b>		<b>Nr wpisu</b>	
<b>Organ rejestrujący</b>		<b>Data ostatniej aktualizacji</b>	
<i>Oferent załącza wyciąg z rejestru</i>			
<b>Certyfikaty</b>			
<b>Nazwa</b>	<b>Zakres</b>	<b>Data ważności</b>	

**FORMULARZ OFERTOWY POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO**  
**udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarzy SOR**  
**- podmioty lecznicze**  
**- praktyki grupowe**

---

Gotowość Oferenta do świadczenia usług:

1. liczba deklarowanych godzin pracy w czasie normalnej ordynacji Szpitala (w dni powszednie pomiędzy godz. 7,30 – 15,00)

\_\_\_\_\_

2. liczba deklarowanych godzin pracy w ramach dyżurów medycznych

\_\_\_\_\_

3. deklarowana gotowość wykonywania innych świadczeń, do realizacji których Oferent posiada dodatkowe uprawnienia

-----  
*(zakres dodatkowych świadczeń (opis)).*

4. Gotowość do wykonywania świadczeń związanych z administrowaniem Oddziałem (pełnienie funkcji Kierownika SOR)                    TAK            NIE  
*(zakreślić właściwe)*

W przypadku wyrażania gotowości należy podać imię i nazwisko osoby wyznaczonej przez podmiot do realizacji świadczeń z zakresu administrowania oddziałem.

\_\_\_\_\_  
*(nazwisko i imię)*

5. Proponowana stawka za 1 godzinę usług:

a) W CZASIE NORMALNEJ ORDYNACJI stawka \_\_\_\_\_/godz.

b) W RAMACH DYŻURÓW MEDYCZNYCH stawka \_\_\_\_\_/godz.

c) w przypadku gotowości do administrowania Oddziałem (stawka do 160 godz.mies.)  
stawka \_\_\_\_\_/godz.

d) INNE świadczenia deklarowane: \_\_\_\_\_  
*(stawka za 1 godz. lub za 1 świadczenie)*

e) badania kontrastowe KT pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

\_\_\_\_\_  
*(stawka za 1 badanie)*

3. Świadczenia wykonywane będą w lokalu Udzielającego zamówienia. Warunki użytkowania pomieszczeń, używania przy wykonywaniu świadczeń sprzętu i aparatury medycznej oraz przechowywania dokumentacji medycznej określone zostaną w umowie zawartej pomiędzy Stronami.



**FORMULARZ OFERTOWY POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO**  
**udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarzy SOR**  
**- podmioty lecznicze**  
**- praktyki grupowe**

---

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że:

1. zapoznał się i akceptuje treść ogłoszenia o niniejszym konkursie oraz Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert
2. znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zadań objętych konkursem ofert,
3. zapoznał się z warunkami konkursu ofert z treścią ogłoszenia konkursu ofert i nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz posiada niezbędne informacje do przygotowania oferty,
4. dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
5. posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zadania oraz dysponuje niezbędną wiedzą i doświadczeniem,
6. nie zachodzi wobec niego przeszkoda do zawarcia umowy, o której mowa w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022.2561 z późn. zm.).
7. spełnia inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;
8. posiada ważną umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania lub zawrze ją najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej.
9. wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych do celów związanych z konkursem ofert.

.....  
pieczęć i czytelny podpis osoby oferenta lub upoważnionej

miejsce i data

\* niepotrzebne skreślić



## FORMULARZ OFERTOWY POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarzy SOR

- podmioty lecznicze

- praktyki grupowe

### WYKAZ PERSONELU

Lp.	Nazwisko i Imię <b>PESEL</b>	Dokument potwierdzający wykształcenie (dyplom lekarza)			Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu			Dokument potwierdzający specjalizację lub poziom realizacji szkolenia specjalizacyjnego*					Zaświadczenie o spełnianiu wymagań zdrowotnych	
		Nazwa, numer	Data wydania	Organ wydający	Nazwa, numer	Data wydania	Organ wydający	Stopie ń	Dziedzina specjalizacji	Nazwa, numer	Data wydania	Organ wydając y	Nazwisko lekarza wystawiającego	Data ważności zaświadczenia

**\*UPRAWNIENIA LEKARZA SYSTEMU PRM:**

a) lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezyjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii albo lekarz po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne,  
lub

b) lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii,  
lub

c) lekarz, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty.

**FORMULARZ OFERTOWY POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO**  
**udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarzy SOR**  
**- podmioty lecznicze**  
**- praktyki grupowe**

---

Dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz dane identyfikacyjne wymagane po przyjęciu oferty od każdej osoby spośród personelu realizującego świadczenia (w kserokopiach, oryginały do wglądu):

- dyplom
- prawo wykonywania zawodu
- dyplom potwierdzający uzyskanie specjalizacji lub karta specjalizacji
- zaświadczenie o przeszkoleniu bhp i p/poż
- aktualne zaświadczenie lekarza medycyny pracy.

