Załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu

………………………….,dnia…………..

**OFERTA**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**Przedmiot oferty:**

**Konkurs ofert w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy systemu w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego „S” w rejonie operacyjnym 14/02.**

**A. Informacje:**

1. Imię i nazwisko Oferenta ……………………………………………………
2. Nazwa i adres firmy…………………………………………………………

……………………………………………………………………………….

1. Adres do korespondencji (jeśli jest inny, niż adres działalności gospodarczej)…………………………………………………………………….
2. Adres e-mail………………………………………………………………………
3. Nr prawa wykonywania zawodu…………………………………………………
4. Nr telefonu……………………………………………………………………….
5. PESEL……………………………………………………………………………
6. Numer NIP ………………………………………………………………………
7. Numer REGON …………………………………………………………………
8. Imiona Rodziców ………………………………………………………………..
9. Nazwisko rodowe………………………………………………………………..
10. Oferuję następującą kwotę brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza systemu **w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego „S”:**

|  |  |
| --- | --- |
| Stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych | zł brutto |

……………………………….  
czytelny podpis oferenta

1. **Oświadczenia:**

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia konkursu ofert a także Szczegółowymi Warunkami Konkursu (SWK) - nie zgłaszam do ich treści zastrzeżeń.
2. Prowadzona przeze mnie działalność obejmuje zakres świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert.
3. Wyrażam wolę zawarcia i przyjmuję warunki umowy, według projektu stanowiącego załącznik nr **2** do SWK.
4. Wyrażam wolę zawarcia i przyjmuję warunki umowy przetwarzania danych osobowych, według projektu stanowiącego załącznik nr 3 do SWK.
5. Zapewnię ciągłość udzielanych świadczeń będących przedmiotem umowy.
6. Przyjmuję obowiązek posiadania i dostarczenia do dnia podpisania umowy z Udzielającym Zamówienia, umowy 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.
7. Zobowiązuje się do utrzymywania wyżej wymienionej umowy ubezpieczenia przez cały czas trwania umowy z Udzielającym zamówienia
8. Przyjmuję obowiązek posiadania i dostarczenia, informacji o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1939), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego, do dnia podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Informacja o niekaralności nie może być starsza niż **6 miesięcy licząc do dnia otwarcia ofert.**
9. Będę samodzielnie rozliczał się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
10. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich podanych danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDITRANS OSTROŁĘKA” Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce, ul. Kościuszki 49, 07-410 Ostrołęka w celu weryfikacji w Rejestrze sprawców przestępstw na tle seksualnym.
12. Posiadam/nie posiadam\* aktualną umowę z Udzielającym Zamówienie w zakresie objętym konkursem ofert. Dokumenty określone w części C (dokumenty od 1 do 9) formularza ofertowego są w posiadaniu/ nie są w posiadaniu\* Udzielającego Zamówienie (w sytuacji, gdyby złożone w poprzednim konkursie dokumenty uległy zmianie lub straciły ważność, należy złożyć aktualne).
13. Zapoznałem/am się z treścią Standardów Ochrony Małoletnich w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „MEDITRANS OSTROŁĘKA” Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce. Treść dostępna na stronie www.meditrans.ostroleka.pl.
14. Zapoznałem/am się z procedurą zgłoszeń wewnętrznych oraz podejmowania działań następczych obowiązująca w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „MEDITRANS OSTROŁĘKA” Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce. Treść dostępna na stronie www.meditrans.ostroleka.pl.
15. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów konkursu   
    i w przypadku wybrania mojej oferty zawarcia i wykonania umowy.
16. Oświadczam, iż swoim dotychczasowym zachowaniem daję rękojmię prawidłowego wykonywania zawodu, w szczególności nie byłem/am skazany/a prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

**\*niepotrzebne skreślić**

………………………………………………….  
Data i czytelny podpis oferenta

1. **Dokumenty:**

Do oferty załączam następujące dokumenty\* (zaznaczyć X) - *wszystkie strony kopii dokumentów powinny być opatrzone adnotacją „za zgodność z oryginałem” i podpisane przez oferenta*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Do oferty załączam dokument | Do oferty załączam zobowiązanie |  |
| 1 |  |  | kopię dyplomu |
| 2 |  |  | kopię prawa wykonywania zawodu lekarza |
| 3 |  |  | dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji lub tytułu specjalisty lub odbywanie specjalizacji wymaganej dla lekarza sytemu; |
| 4 |  |  | zaświadczenie wystawione przez Okręgową Izbę Lekarską o zarejestrowaniu praktyki lekarskiej; |
| 5 |  |  | wpis do ewidencji działalności gospodarczej, pobrany z CEIDG |
| 6 |  |  | aktualne okresowe szkolenie BHP lub pisemne zobowiązanie do przedłożenia ww. szkolenia do dnia podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych |
| 7 |  |  | 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 zawarta umowy ubezpieczenia i przedłożenia do dnia zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych |
| 8 |  |  | orzeczenie lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarza systemu/lekarza w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami lub pisemne zobowiązanie do przedłożenia ww. orzeczenia lekarskiego do dnia podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych |
| 9 |  |  | książeczka zdrowia lub orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku lekarza systemu/lekarza w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego lub pisemne zobowiązanie do przedłożenia ww. orzeczenia lekarskiego do dnia podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych |
| 10 |  |  | informacja o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego lub pisemne zobowiązanie do przedłożenia ww. zaświadczenia do dnia podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Informacja o niekaralności nie może być starsza niż **6 miesięcy licząc do dnia otwarcia ofert.** |
| 11 |  |  | podpisany załącznik nr 1- Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych |
| 12 |  |  | podpisany i zaparafowany załącznik nr 2 – Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych |
| 13 |  |  | podpisany i zaparafowany załącznik nr 3 – Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych |
| 14 |  |  | podpisany załącznik nr 4 - oświadczenie o państwie lub państwach, w których Oferent zamieszkiwał w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, |

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDITRANS OSTROŁĘKA” Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce z siedzibą w Ostrołęce 07-410, ul. Kościuszki 49 w celu przeprowadzenia konkursu ofert, ewentualnego zawarcia umowy, a także w celach kontaktowych.

…………………………………  
(data i czytelny podpis Oferenta)