

## FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZA SYSTEMU

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz podejmowania medycznych czynności ratunkowych i udzielania pierwszej pomocy, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w warunkach pozaszpitalnych oraz w miejscu zdarzenia (w rozumieniu ustawy z dnia 8.09.2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. z 2017r., poz. 2195), na rzecz Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w Zielonej Górze.

### I. DANE OFERENTA:

Imię i Nazwisko:.....

PESEL: .....

Adres zamieszkania:.....

Adres korespondencyjny:.....

Nr prawa wykonywania zawodu:.....

Telefon kontaktowy/Adres e-mail:.....

Pieczętka firmowa prowadzonej działalności:.....

### II. PROPOZYCJA CENOWA:

1/ za 1 godz. świadczeń w dni powszednie w godz. od 7:00 do 19:00 oraz od 19.00 do 7.00 według ryczałtowej stawki godz. brutto:

a) Lekarz spełniający warunki lekarza systemu zgodnie z art. 3 pkt 3 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. 2017, poz. 2195),  
brutto .....zł., słownie .....

b) Lekarz spełniający warunki lekarza systemu zgodnie z art. 57 ust.1 pkt 1 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. 2017, poz. 2195),  
brutto .....zł., słownie .....



- c) Lekarz spełniający warunki lekarza systemu, zgodnie z art. 57 ust. 1 pkt 2 oraz art. 57 ust. 2 i 3 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. 2017, poz. 2195),  
(posiadanie 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala oraz rozpoczęte szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny ratunkowej)  
brutto .....zł., słownie .....
- 2/ za 1 godz. świadczeń w weekendy, w godz. od 7:00 do 19:00 oraz od 19.00 do 7.00 według ryczałtowej stawki godz. brutto:
- a) Lekarz spełniający warunki lekarza systemu zgodnie z art. 3 pkt 3 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. 2017, poz. 2195),  
brutto .....zł., słownie .....
- b) Lekarz spełniający warunki lekarza systemu zgodnie z art. 57 ust.1 pkt 1 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. 2017, poz. 2195),  
brutto .....zł., słownie .....
- c) Lekarz spełniający warunki lekarza systemu, zgodnie z art. 57 ust. 1 pkt 2 oraz art. 57 ust. 2 i 3 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. 2017, poz. 2195),  
(posiadanie 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala oraz rozpoczęte szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny ratunkowej)  
brutto .....zł., słownie .....
- 3/ W dni ustawowo wolne od pracy oraz 24 i 31 grudnia, cena za 1 godz. świadczeń wynosi 150% stawki w dni powszednie.
- 4/ Deklaruję minimalny czas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej nie mniejszy niż ..... godz. w każdym miesiącu, w tym:
- a) dyżurów dziennych w dni powszednie ..... godz. w każdym miesiącu,  
b) dyżurów nocnych w dni powszednie ..... godz. w każdym miesiącu,  
c) dyżurów dziennych w weekendy ..... godz. w każdym miesiącu,  
d) dyżurów nocnych w weekendy ..... godz. w każdym miesiącu,  
e) zobowiązuję się do pełnienia dyżurów w dni ustawowo wolne od pracy oraz 24 i 31 grudnia.



## OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że jestem gotowy/a do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku lekarza w WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunków konkursu ofert.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z "Projektem umowy" i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej Oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam, że przesłane kopie dokumentów są zgodne z ważnym, aktualnym oryginałem.
5. Oświadczam, że nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry lub przepisów o izbach lekarskich.
6. Oświadczam, że nie jestem ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu.
7. Oświadczam, że nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
8. Świadomy/a odpowiedzialności karnej potwierdzam prawidłowość podanych danych.
9. Oświadczam, iż przepracowałem w ilości godzin wskazanych w pkt. 4 formularza ofertowego.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis, pieczęćka

### **ZAŁĄCZNIKI do oferty (obowiązkowe):**

1. Zaświadczenia o wpisie do właściwego rejestru,
2. zaświadczenie o numerze REGON,
3. dyplom ukończenia studiów medycznych,
4. dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie, o której mowa w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym lub potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji (jeżeli Oferent posiada specjalizację),
5. dokument, z którego będzie wynikać ukończenie co najmniej drugiego roku specjalizacji.
6. prawo wykonywania zawodu,
7. zaświadczenie lub oświadczenie o posiadaniu 3000 godz. w wykonywaniu zawodu w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego, izbie przyjęć szpitala (dotyczy lekarzy bez specjalizacji lub bez tytułu specjalisty albo który nie ukończył co najmniej drugiego roku specjalizacji w dziedzinie: anestezyjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, oraz dokument potwierdzający rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny ratunkowej,
8. dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia o odpowiedzialności cywilnej,
9. zaświadczenie lekarskie wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy w zespole wyjazdowym.

