OFERTA

NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH PRZEZ LEKARZA SYSTEMU W ZESPOLE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Deklarowana liczba godzin w miesiącu ……..

I. DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

Imię i nazwisko	
Nazwisko rodowe	
Ulica	
Nr domu/mieszkania	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
NIP	
REGON	
PESEL	
Nr telefonu	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	
Adres e-mail	

II. OŚWIADCZAM, ŻE:

1. posiadam wpis do Centralnej Ewidencji Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. spełniam aktualnie obowiązujące wymogi prawne i określone przez NFZ w sprawie wykonywania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym oraz że posiadam niezbędne uprawnienia/kwalifikacje zawodowe zgodnie z wymogami ustawowymi: jestem uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego ogłoszenia, zgodnie z przepisami prawa oraz że posiadam wiedzę oraz doświadczenie umożliwiające prawidłową realizację przedmiotu zamówienia,
3. zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, akceptuję warunki w nim zawarte i nie wnoszę do niego żadnych uwag oraz zobowiązuję się zawrzeć umowę w terminie oraz miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia, w przypadku wyboru oferty,
4. akceptuję warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

…….. PLN za 1 godzinę świadczeń usług zdrowotnych po uwzględnieniu tak zwanego dodatku wyjazdowego, o którym mowa w art. 99b ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

5. dane zawarte w złożonych dokumentach są aktualne na dzień składania oferty a podana w formularzu oferty cena zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, zgodnie z ogłoszeniem,
6. wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) Narodowego Funduszu Zdrowia.
7. wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych w ogłoszeniu o rozstrzygnięciu konkursu na stronie internetowej Udzielającego zamówienie.
8. wyrażam zgodę na poddanie się kontroli NFZ w zakresie spełnienia wymagań, o których mowa w aktualnie obwiązujących szczegółowych materiałach informacyjnych NFZ z zakresu właściwego przedmiotu umowy.
9. zapoznałem/am się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia,
10. przedmiot zamówienia zostanie wykonany w terminie określonym przez Udzielającego zamówienia,
11. jestem związany/a ofertą przez 30 dni począwszy od upływu terminu składania ofert,
12. posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na sumę gwarancyjną w wysokości ..... (Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy. Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość na dzień podpisania umowy lub najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy),
13. wypełniłem/am obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. kserokopia dyplomu ukończenia studiów medycznych,
2. kserokopia prawa wykonywania zawodu,
3. kserokopia dokumentu potwierdzającego specjalizacje lub karty szkolenia specjalizacyjnego,
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk zawodowych lekarzy,
5. kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy,
6. orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych lub kserokopia książeczki do celów sanitarno-epidemiologicznych,
7. kserokopia aktualnego zaświadczenia o szczepieniu przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby,
8. kserokopia aktualnego zaświadczenia o odbyciu szkolenia okresowego w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 maja 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy § 14 ust. 2 pkt 6),
9. zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do świadczenia usług na stanowisku, o które ubiega się Przyjmujący zamówienie,
10. informacja 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. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego (nie starsze niż trzy miesiące na dzień podpisania umowy),
11. oświadczenie o państwie lub państwach zamieszkiwanych w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz jednocześnie informacja z rejestrów karnych tych

państw uzyskiwana do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi; oświadczenie składane jest pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i musi zawierać klauzulę o treści: „jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia", wzór dokumentu stanowi załącznik nr 4 do SWKO,

12. zaświadczenie ukończenia kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego nie rzadziej niż raz na 48 miesięcy (jeśli dotyczy),
13. aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),
14. kserokopie innych dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje (aktualne certyfikaty potwierdzające ukończenie kursów) jeżeli dotyczy.

.....
(podpis Przyjmującego zamówienie)