Leszno, dnia .............................

...................................

*pieczątka podmiotu leczniczego*

*...............................................*

*adres e-mail*

**Wojewódzki Szpital Zespolony**

**ul. Kiepury 45**

* 1. **L e s z n o**

# *O f e r t a*

***na zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne***

Zgodnie z ogłoszonym konkursem **z dnia 13 maja 2021r.** składam swoją ofertę  
 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w niżej wymienionych specjalnościach i komórkach organizacyjnych Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Lesznie:

**1. w zakresie świadczeń pielęgniarskich/położniczych** w formie zabezpieczenia dyżurowego **pełnionego przez pielęgniarki/pielęgniarzy/położne w oddziałach szpitalnych,**

1. **w zakresie świadczeń ratownika medycznego** w formie zabezpieczenia dyżurowego **pełnionego przez ratowników medycznych w szpitalnym oddziale ratunkowym.**\*

**3. REALIZOWANYCH PRZEZ RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH,   
 PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZY SYSTEMU** (w rozumieniu ustawy z dnia 8 września 2006r.  
o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U. z 2020r., poz. 882))lub **RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH, PIELEGNIARKI/PIELĘGNIARZY SYSTEMU** (w rozumieniu ustawy z dnia  
 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U. z 2020r., poz. 882))  
o Państwowym Ratownictwie Medycznym( t.j. Dz.U. z 2020r., poz.882))posiadających zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006r. (t.j. Dz.U. z 2020r., poz. 882) o Państwowym Ratownictwie Medycznym

* + W ZESPOŁACH RATOWNICTWA MEDYCZNEGO\*

**4.** **REALIZOWANYCH PRZEZ RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH, PIELĘGN./PIELĘGNIARZY** lub **RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH, PIELEGNIARKI/PIELĘGNIARZY** posiadających zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006r. (t.j. Dz. U. z 2020r., poz. 882) Państwowym Ratownictwie Medycznym

* + W KARETCE TRANSPORTU MEDYCZNEGO\*

**5. w formie zabezpieczenia dyżurowego pełnionego przez techników rtg w pracowni** urządzeń wszczepialnych serca pracowni elektrofizjologii (elektroterapii), pracowni hemodynamiki, pracowni radiologii zabiegowej.

**6.** **w zakresie wykonywania szczepień przeciwko Covid-19** w wyznaczonym punkcie szczepień przez **pielęgniarki/pielęgniarzy/położne**,

**7. w zakresie wykonywania szczepień przeciwko Covid-19** w wyznaczonym punkcie szczepień przez **ratowników medycznych.**

\* właściwe podkreślić

i zobowiązuję się do:

1. Udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, ogólnie przyjętymi zasadami etyki zawodowej i należytą starannością, przy respektowaniu istniejących standardów i procedur medycznych oraz w uzgodnieniu i przy współdziałaniu  
 z ordynatorem/ lekarzem kierującym

2. Udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach i ilościach wynikających z zawartych kontraktów z NFZ i innymi podmiotami oraz zgodnie z harmonogramem uzgodnionym z pielęgniarką/rzem oddziałową/ym/ordynatorem/lekarzem kierującym oddziałem przy zapewnieniu ciągłości całodobowej opieki medycznej w komórkach pracujących w tym systemie,

3. W przypadku wyboru oferty - zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych – na warunkach określonych w obowiązujących przepisach prawnych.

4. Zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty   
 na okres **od dnia 01.07.2021r. do dnia 30.06.2023r.**

Oferowane ceny świadczeń:

**1.** **Za udzielanie świadczeń pielęgniarskich/położniczych** w formie zabezpieczenia dyżurowego pełnionego przez pielęgniarki/pielęgniarzy/położne w oddziałach szpitalnych w dni robocze, dni wolne, niedziele i święta – **za 1 godz.** udziel. świadczeń stawka.............PLN brutto

**2. Za udzielanie świadczeń ratownika medycznego** w formie zabezpieczenia dyżurowego pełnionego **przez ratowników medycznych** **w SOR** w dni robocze, dni wolne, niedziele  
 i święta – **za 1 godz.** udziel. świadczeń stawka..................................................PLN brutto

**3.** **Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów realizowanych przez ratowników** medycznych, pielęgniarki/pielęgniarzy systemu (w rozumieniu ustawy z dnia  
8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U. z 2020r., poz. 882))  
**lub** ratowników medycznych, pielęgniarki/pielęgniarzy systemu (w rozumieniu ustawy z dnia  
 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U. z 2020r., poz. 882)) posiadających zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym zgodnie z Ustawą z dnia 8 września 2006r. (t.j. Dz.U. z 2020r., poz. 882) o Państwowym Ratownictwie Medycznym   
 **- w zespołach ratownictwa medycznego** w dni robocze, dni wolne, niedziele i święta  
............................................................**PLN brutto** za 1 godzinę udzielania świadczeń**.**

**4. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów realizowanych przez ratowników** medycznych, pielęgniarki/pielęgniarzy **lub** ratowników medycznych, pielęgniarki/pielęgniarzy posiadających zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym zgodnie z Ustawą z dnia 8 września 2006r.(t.j. Dz.U. z 2006r., poz.882) o Państwowym Ratownictwie Medycznym  
  **- karetce transportu sanitarnego** w dni robocze, dni wolne, niedziele i święta

........................................................**PLN brutto** za 1 godzinę udzielania świadczeń.

**5. za udzielanie świadczeń w formie zabezpieczenia dyżurowego pełnionych przez  
 technika rtg** w pracowni urządzeń wszczepialnych, pracowni elektrofizjologii (elektroterapii), pracowni hemodynamiki, pracowni radiologii zabiegowej w dni robocze, dni wolne , niedziele i święta

**- za 1 godz. udzielonych świadczeń stawka ………….PLN brutto,**

**6. w zakresie wykonywania szczepień** przeciwko Covid-19 w wyznaczonym punkcie szczepień przez pielęgniarki/pielęgniarzy/położne **stawka**.............**PLN brutto** za jedno wykonane szczepienie,

**7**. **w zakresie wykonywania szczepień** przeciwko Covid-19 w wyznaczonym punkcie szczepień przez ratowników medycznych **stawka**..............**PLN brutto** za jedno wykonane szczepienie.

**Jednocześnie oświadczam, że:**

1. Dysponuję kadrą pielęg\*.,ratowników\*, tech. rtg\* posiadającą odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje wymagane do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty, określone w odrębnych przepisach.
2. Imienny wykaz pielęg\*.,ratowników\*, tech.rtg\*udzielających świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie stanowi **załącznik do oferty.**
3. Świadczenia zdrowotne wykonywane będą zgodnie z postanowieniami umowy.
4. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, regulaminem przeprowadzania konkursu oraz projektem umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
5. W ramach prowadzonej działalności gospodarczej świadczę usługi dla ludności  
    i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS.
6. Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych lekarzy udzielających świadczeń w ramach oferty są posiadaniu ww. podmiotu leczniczego:

* dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe,
* prawo wykonywania zawodu (pielęgn./położne),
* uprawnienia do prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego,
* zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
* dyplom specjalizacji,
* aktualne zaśw. o szkoleniu w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta (tech.rtg)

\* odpowiednie podkreślić

Do oferty załączam kserokopie potwierdzonych za zgodność z oryginałem dokumentów rejestracyjnych podmiotu leczniczego:

* zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
* zaświadczenie o dokonaniu wpisu do centralnej ewidencji działalności gospodarczej/KRS
* zaświadczenie o nadaniu numeru REGON
* zaświadczenie o nadaniu numeru NIP

Do oferty załączam polisę obowiązkowego ubezpieczenia OC\*

\* jeśli nie ma załączonej obowiązkowej polisy OC to oferent musi dołączyć oświadczenie, że wykupi taką polisę i dostarczy ją najpóźniej w dniu podpisania umowy

.................................................

pieczątka i podpis oferenta