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

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

*pieczątka przedsiębiorcy*

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

*adres e-mail:*

**Wojewódzki Szpital Zespolony**

**ul. Kiepury 45**

**64-100 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 **31 sierpnia 2021r.** składam swoją ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Lesznie:

## W DZIEDZINIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

w formie całodobowego, kompleksowego zabezpieczenia opieki medycznej  
 w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, w blokach operacyjnych i bloku porodowym oraz w pozostałych komórkach organizacyjnych WSzZ w Lesznie,  
 w których udziela się tego zakresu świadczeń w czasie hospitalizacji chorych.

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 lekarzem kierującym oddziałem AiIT,

2. Udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach i ilościach wynikających z zawartych kontraktów z NFZ i innymi podmiotami oraz zgodnie z harmonogramem uzgodnionym z lekarzem kierującym oddziałem AiIT, 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 01.10.2021r. do dnia 29.02.2024r.**

Oferowane ceny świadczeń:

1. Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych:

**a) w godzinach podstawowej ordynacji szpitala w centralnym bloku operacyjnym**,  
 **w salach operacyjnych i zabiegowych usytuowanych w obrębie oddziałów szpitalnych, w bloku porodowym (w tym znieczulenia okołoporodowe), w pozostałych komórkach leczniczych szpitala wymagających świadczeń w tej dziedzinie:**

............................................................PLN brutto za godzinę

**b) w oddziale AiIT w godzinach podstawowej ordynacji:**

..........................................................PLN brutto za godzinę

**c) w liczbie godzin minimum**.....................................................

**2.** Za udzielanie świadczeń zdrowotnych **po godzinach podstawowej ordynacji szpitala**  
w ramach stacjonarnych dyżurów lekarskich:

**a) w dni robocze za 1 dyżur 16 godz. 30 min:**

**na bloku operacyjnym**..............................PLN brutto za godzinę

**w oddziale AiIT**........................................PLN brutto za godzinę

**b) w dni wolne od pracy, niedziele i święta za 1 dyżur 24 godz.:**

**na bloku operacyjnym**..........................................PLN brutto za godzinę

**w oddziale AiIT**....................................................PLN brutto za godzinę

**c) w liczbie godzin miesięcznie minimum**.................................................

**4. Za wykonanie** jednego **portu naczyniowego**..........................................PLN brutto

**Jednocześnie oświadczam, że:**

1. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje wymagane do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty, określone w odrębnych przepisach.

**2. Nie figuruję w Kartotece Karnej Krajowego Rejestru Karnego ani też nie byłem karany dyscyplinarnie w sprawach zawodowych, które miałyby wpływ na realizację niniejszej umowy.**

3. Świadczenia zdrowotne wykonywane będą zgodnie z postanowieniami umowy.

4. Zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia, regulaminem przeprowadzenia konkursu oraz projektem umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

5. W ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS.

6.Do oferty załączam **oryginały lub kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem** następujących dokumentów, których **stan prawny złożonych dokumentów nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty\*:**

1. dyplom ukończenia studiów,
2. dyplom/dyplomy specjalizacji,
3. prawo wykonywania zawodu,
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
5. zaświadczenie o dokonaniu wpisu do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej łącznie z numerem REGON i NIP
6. polisę obowiązkowego ubezpieczenia OC lub oświadczenie, że oferent wykupi taką polisę i dostarczy ja najpóźniej w dniu podpisania umowy.

7. **Aktualne** kserokopie dokumentów zostały złożone przeze mnie podczas poprzedniego postępowania konkursowego \*

**\*** należy podkreślić, jeżeli dokumenty były złożone z ofertą podczas wcześniejszych postępowań konkursowych  
 **i nadal są kompletne i aktualne.**

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

pieczątka i podpis oferenta