

**Centrum Rehabilitacji Rolników Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego  
w Horyńcu-Zdroju**

**ul. Sanatoryjna 2, 37-620 Horyniec-Zdrój**

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowego zabezpieczenia opieki zdrowotnej i gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Horyńcu-Zdroju w okresie od 01.01.2018 r. do 31.12.2020 r.**

1. Odpowiadając na ogłoszenie składam ofertę na :  
**Zadanie 1 /\***  
**Zadanie 2 /\***  
**Zadanie 3 /\***
2. Dane Przyjmującego zamówienie:  
Nazwa/Firma: .....  
Imię: .....  
Nazwisko: .....  
Adres: .....  
Tel. .... e-mail ..... fax.....
3. Na spełnienie warunków udziału w konkursie (dotyczy umowy kontraktowej) przedstawiam n/w dokumenty:
  - 1) dyplom lekarza – zał. nr .....,
  - 2) prawo wykonywania zawodu lekarza – zał. nr .....,
  - 3) dokument ukończenia specjalizacji – zał. nr .....,
  - 4) dokument ukończenia kursu w zakresie podstaw balneologii – zał. nr .....,
  - 5) zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich lub zezwolenie na wykonywanie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej – zał. nr .....,
  - 6) zaświadczenie o wpisie do CEIDG/odpis z właściwego rejestru sądowego – zał. nr .....,
  - 7) polisa lub inny dokument potwierdzający zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy; oferent może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie, stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy – zał. nr .....,
  - 8) dokument potwierdzający spełnienie warunku w zakresie doświadczenia zawodowego (3-letni okres zatrudnienia w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego lub zakładzie rehabilitacji leczniczej).
4. Składając ofertę w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuję następujący tygodniowy harmonogram dostępności oraz warunki wynagrodzenia:

**Zadanie 1:**

Harmonogram dostępności:

Dni tygodnia	Dostępność (od godz. do godz.)	Liczba godzin	Uwagi
Poniedziałek			
Wtorek			
Środa			
Czwartek			
Piątek			
Sobota			
<b>Razem:</b>			

**Warunki wynagrodzenia:**

- I. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki zdrowotnej wg proponowanego harmonogramu – Cena oferowana ..... zł/godz.,
- II. Udzielanie świadczeń zdrowotnych - kompleksowe zabezpieczenie opieki zdrowotnej nad pacjentem – Cena oferowana .....zł/pacjent **(maksymalnie 56 zł.)**
- III. Gotowość do zapewnienia pomocy – Cena oferowana ..... zł/za 1 godz.

**Zadanie 2:**

Harmonogram dostępności:

Dni tygodnia	Dostępność (od godz. do godz.)	Liczba godzin	Uwagi
Poniedziałek			
Wtorek			
Środa			
Czwartek			
Piątek			
Sobota			
<b>Razem:</b>			

**Warunki wynagrodzenia:**

- I. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki zdrowotnej wg proponowanego harmonogramu – Cena oferowana ..... zł/godz.,
- II. Udzielanie świadczeń zdrowotnych - kompleksowe zabezpieczenie opieki zdrowotnej nad pacjentem – Cena oferowana .....zł/pacjent **(maksymalnie 56 zł.)**
- III. Gotowość do zapewnienia pomocy – Cena oferowana ..... zł/za 1 godz.

**Zadanie 3:**

Harmonogram dostępności:

Dni tygodnia	Dostępność (od godz. do godz.)	Liczba godzin	Uwagi
Poniedziałek			
Wtorek			
Środa			
Czwartek			
Piątek			
Sobota			
<b>Razem:</b>			

**Warunki wynagrodzenia:**

- I. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki zdrowotnej wg proponowanego harmonogramu – Cena oferowana ..... zł/godz.,
- II. Udzielanie świadczeń zdrowotnych - kompleksowe zabezpieczenie opieki zdrowotnej nad pacjentem – Cena oferowana .....zł/pacjent **(maksymalnie 56 zł.)**
- III. Gotowość do zapewnienia pomocy – Cena oferowana ..... zł/za 1 godz.

**Jednocześnie oświadczam, że :**

1. Świadczenia zdrowotne udzielać będę w komórkach organizacyjnych CRR KRUS w Horyńcu-Zdroju przy użyciu aparatury medycznej, medycznego sprzętu jednorazowego użytku, produktów leczniczych należących do Udzielającego zamówienia.
2. Świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście / poprzez wykazany personel \*
3. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącej załącznik do SWKO w przypadku wyboru mojej oferty, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
4. Wszystkie załączone dokumenty lub poświadczone kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
5. Posiadam/wykazany personel posiada\* odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami.
6. Jestem /osoby z wykazanego personelu są w trakcie specjalizacji z zakresu.....\*
7. Oferowane świadczenia będą wykonywane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, a także zgodnie z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, ppoż. i BHP.
8. Posiadam zawartą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy zgodnie z przepisem art. 25 ustawy o działalności leczniczej\* /zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy zgodnie z przepisem art. 25 ustawy o działalności leczniczej\* oraz dostarczenia kopii polisy Udzielającemu zamówienia przed przystąpieniem do realizacji umowy.
9. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych według harmonogramów przyjęć i dostępności ustalonych przez Udzielającego Zamówienia.
10. W przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do niepozostawiania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w okresie obowiązywania umowy objętej konkursem<sup>1</sup>.\*

\* - *niepotrzebne skreślić*

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis składającego oferty)

<sup>1</sup>dotyczy oferentów zatrudnionych w CRR KRUS w Horyńcu –Zdroju