Załącznik nr 1

Zabrze, dnia .......................................

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

(nazwa)

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

(adres)

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

 (NIP)

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

(REGON)

……………………………………………………………….

(telefon)

**Oferta zawarcia umowy**

**o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu oraz ogłoszenia o konkursie ofert.
2. Działając jako podmiot wykonujący działalność leczniczą pod nazwą ……………………………………………………………………….….. z siedzibą w ………………........................................, posiadając wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem ............................................ przedstawiam ofertę zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie ……............………………………………………………….
3. Usługi medyczne będące przedmiotem niniejszego konkursu będą przeze mnie wykonywane wyłącznie w siedzibie ŚCCS w Zabrzu.
4. Usługi zdrowotne będę wykonywał osobiście/będzie wykonywał w moim imieniu …………………………………. posiadając następujące kwalifikacje:

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

1. Za świadczone przeze mnie usługi zdrowotne proponuję należności zgodnie
z PAKIETEM nr ……….…. oraz Załącznikiem do oferty.
2. Oferuję zawarcie umowy na okres od …………………… r. do ………………... r.

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

 (pieczęć i podpis Oferenta)

\*Niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 2 –- załącznik do oferty – dla Pakietu nr 1, 2**

**KONTRAKT 2024**

**Wynagrodzenie zadaniowe z zakresu Chirurgii naczyniowej lub angiologii:**

1.Dyżury:

a) Zwykły - w pracowni, na oddziale - **…………… zł**

b) Świąteczny - w pracowni, na oddziale (soboty, niedziele, święta) - **….……..… zł**

c) Gotowość dyżurowa (dyżur pod telefonem)\* - zwykły - **….……..… zł**

d)Gotowość dyżurowa (dyżur pod telefonem)\* - świąteczny - **….……..… zł**

*\*jeżeli dyżur pod telefonem zostanie przerwany z powodu wezwania do siedziby Udzielającego Zamówienia celem wykonania pilnego zabiegu wówczas Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie proporcjonalne jak za dyżur stacjonarny za czas wykonania zabiegu (na podstawie protokołu zabiegu plus 1 godzina na dojazd i przygotowanie)*

**Miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe** w kwocie: - **….…..……..… zł**

…………………………………

 (podpis i pieczęć Oferenta)

**Załącznik nr 2 - załącznik do oferty – PAKIET 3, 4**

**KONTRAKT 2024**

**Wynagrodzenie zadaniowe z zakresu Chirurgii naczyniowej lub kardiochirurgii:**

1.Dyżury:

a) Zwykły - w pracowni, na oddziale - **…………… zł**

b) Świąteczny - w pracowni, na oddziale (soboty, niedziele, święta) - **….……..… zł**

c) Gotowość dyżurowa (dyżur pod telefonem)\* - zwykły - **….……..… zł**

d)Gotowość dyżurowa (dyżur pod telefonem)\* - świąteczny - **….……..… zł**

*\*jeżeli dyżur pod telefonem zostanie przerwany z powodu wezwania do siedziby Udzielającego Zamówienia celem wykonania pilnego zabiegu wówczas Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie proporcjonalne jak za dyżur stacjonarny za czas wykonania zabiegu (na podstawie protokołu zabiegu plus 1 godzina na dojazd i przygotowanie)*

…………………………………

 (podpis i pieczęć Oferenta)

***Załącznik nr 3 dla Pakietu nr 1, 2***

**Zabrze, dnia ……………………..**

………………………………….

 (Nazwisko i imię Oferenta)

***OŚWIADCZENIE OFERENTA***

***Oświadczam, że w związku ze złożoną ofertę oddaję do dyspozycji Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu równowartość ……….. etatu\* w rozumieniu wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia.***

***\* w oferowanym wymiarze godzin nie wlicza się godziny dyżurów medycznych
w rozumieniu wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia.***

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

 (pieczęć i podpis Oferenta)

***Załącznik nr 4***

 ***Zabrze, dnia …………………***

………………………………….

 (Nazwisko i imię Oferenta)

***OŚWIADCZENIE OFERENTA***

***Oświadczam, że spełniam wymagania określone w pkt. III ust. 5 „Regulaminu konkursu ofert o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarzy w dziedzinie chirurgii naczyniowej lub angiologii lub kardiochirurgii*” z*godnie z PAKIETEM nr ……***

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

 (pieczęć i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 5**

***Zabrze, dnia …………………..***

………………………………….

 (Nazwisko i imię Oferenta)

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że na dzień składania przeze mnie oferty nie uległ zmianie stan potwierdzony następującymi dokumentami (odpowiednie zaznaczyć):

* kserokopia dyplomu ukończenia studiów medycznych □
* kserokopia prawa wykonywania zawodu □
* kserokopia dyplomu specjalizacji □
* kserokopia certyfikatu z ochrony radiologicznej pacjenta (w przypadku osób narażonych na promieniowanie jonizujące) □
* potwierdzające nabycie doświadczenia, np. w przeprowadzaniu zabiegów
w pracowniach hemodynamicznych, elektroterapeutycznych i inne □
* zaświadczenie potwierdzające odbycie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa
i higieny pracy dla personelu medycznego (w przypadku stanowisk kierowniczych-dla personelu kierującego pracownikami) □
* wypis z ewidencji działalności gospodarczej lub KRS □
* dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wydruk księgi rejestrowej) w zakresie przedmiotu zamówienia □
* polisa obowiązkowego ubezpieczenia OC □
* aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zadań lekarza □

 ………………………………………

 (podpis i pieczęć składającego oświadczenie)