

_____, dnia _____

.....
/nazwa podmiotu wykonującego
działalność leczniczą /

.....
/adres, siedziba/

.....
/ nr księgi rejestrowej podmiotów
wykonujących działalność leczniczą /

**KLINICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI NR 2
im. ŚW. JADWIGI KRÓLOWEJ W RZESZOWIE
ul. Lwowska 60; 35-301 Rzeszów**

oferta o udzielenie zamówienia na całodobowe i dyżurowe zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Dorosłych i Dzieci, Blok Operacyjny, Szpitalny Oddział Ratunkowy, Poradnia Urazowo- Ortopedyczna dla Dorosłych i Dzieci, Poradnia Preluksacyjnej Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie

Zgłaszam ofertę na udzielanie zamówienia na całodobowe i dyżurowe zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu – Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie.

1. Za realizację zamówienia oczekuję następującej należności :
Wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie za wykonywanie zabiegu przy przyjęciu ceny za punkt JGP ustalony o wartość obowiązującą na dzień zawarcia niniejszej umowy obliczane będzie według wzoru :
 - 1) wartość zabiegów wykonanych i zapłaconych , ujętych w budżecie JGP w roli lekarza operatora w przypadku braku asysty lub asysty przez lekarza rezydenta – koszty implantów x %,
 - 2) wartość zabiegów wykonanych, ujętych w budżecie JGP w roli lekarza operatora przy obecności asysty – koszty implantów x %
 - 3) wartość zabiegów wykonywanych, ujętych w budżecie JGP w roli lekarza asystującego przy zabiegach - koszty implantów x %,
 - 4) maksymalne wynagrodzenie za wykonany zabieg ,rozliczonego pacjenta w ramach JGP nie może być wyższe niż % JGP pomniejszonego o koszty implantów bez względu na ilość lekarzy biorących udział w zabiegu,
 - 5) Wynagrodzenie za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 15.00 wynosić będzie brutto za każdą godzinę.
 - 6) Wynagrodzenie za udzielanie świadczeń w dni wolne , soboty, niedziele i święta ustala się

w wysokości zł brutto za każdą godzinę, a w pozostałe dni tygodnia w godzinach od 15.00 do 7.00 w wysokości zł brutto za każdą godzinę.

7) Za udzielanie świadczeń w Poradni Urazowo-Ortopedycznej dla dzieci i dorosłych według ustalonego harmonogramu wynagrodzenie w wysokości ... % brutto od wartości punktu...

8) Za udzielanie świadczeń w Poradni Preluksacyjnej dla Dzieci według ustalonego harmonogramu wynagrodzenie w wysokości ... % brutto od wartości punktu...

9) Wynagrodzenie za udzielanie świadczeń w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w dni wolne, soboty, niedziele i święta ustala się w wysokościbrutto za każdą godzinę, a w pozostałe dni tygodnia w godzinach od 15.00 do 7.00 w wysokościbrutto za każdą godzinę.

10) Wynagrodzenie za dyżur pod telefonem wynosi 50 % stawki dyżuru oddziałowego za każdą godzinę pozostawania w gotowości, a w razie wezwania do stawienia wynosi 100 % stawki dyżuru oddziałowego za każdą efektywną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.

11) W przypadku dyżurów tzw. „ostrzych” wynikających z harmonogramu - wynagrodzenie za udzielanie świadczeń w godzinach 7.00-15.00 tj. dla lekarza pełniącego dyżur jako III tzw. SOR w dni zwykle wynosić będziebrutto za każdą godzinę.

2. Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia..... na okres nie krótszy niż miesięcy.

3. Oświadczam, że zapoznałem się z przepisami Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2023 , poz.991 z późn..).

4. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem uzgodnionym z Udzielającym Zamówienia.

5 Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

6. Na potwierdzenie faktów, o których mowa w pkt.6 przedkładam w załączeniu odpisy / kserokopie / potwierdzone za zgodność z oryginałem przez uprawnione podmioty, aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych, a to:

1/ dyplom ukończenia studiów

2/ prawo wykonywania zawodu

3/ dyplom specjalizacji

4/ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej

5/orzeczenie lekarskie

W przypadku osób aktualnie świadczących usługi na rzecz Udzielającego zamówienie obowiązek przedłożenie w/w dokumentów nie obowiązuje.

7. Oświadczam, że rozliczam się z odpowiednim Urzędem Skarbowym, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych oraz ponoszę wszelkie inne obciążenia związane z prowadzoną przez siebie działalnością leczniczą i ponoszę ryzyko gospodarcze związane z prowadzeniem tej działalności.

8. Jestem ubezpieczony /a od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z prowadzoną przez siebie działalnością leczniczą i ponoszę ryzyko gospodarcze związane z prowadzeniem tej działalności.

/podpis i pieczęć/