Załącznik Nr 2 do Zarządzenia Nr 32 /2025

Dyrektora Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli

**OFERTA**

**na świadczenie usług medycznych z zakresu:**

**- badania elektrofizjologicznego (ICD9-37.261),**

**- ablacji przezskórnej prądem RF i crioablacji (ICD9-37.342),**

**- ablacji przezskórnej prądem RF z użyciem systemu elektroanatomicznego 3D (ICD9-37.342 i 37.272),**

**- ablacji migotania przedsionków,**

**- konsultacji elektrofizjologicznych w zakresie ablacji,**

**w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli**

1. Dane o Oferencie:

Imię i Nazwisko/ Nazwa oferenta

…………………………………………………………………………..………………………………..

PESEL: ......................................................................................................................................................

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

(staż pracy, posiadane specjalizacje – stopień)

Firma przedsiębiorcy: ................................................................................................................................

Adres miejsca wykonywania działalności: ...............................................................................................................................................

Nr księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą ………….…………

wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej.

Nr telefonu; ..............................................................

NIP: ..........................................................................

REGON: ..................................................................

Załączniki do oferty (należy załączyć dokumenty wymagane dla danego oferenta – w zależności od formy prawnej w jakiej prowadzi działalność):

1. kserokopia dyplomu lekarza oraz innych dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje, potwierdzone "za zgodność z oryginałem"
2. kserokopia prawa wykonywania zawodu, potwierdzona "za zgodność z oryginałem"
3. kserokopia wpisu do rejestru praktyk lekarskich, potwierdzona "za zgodność z oryginałem"
4. wydruk z CEIDG o prowadzonej działalności gospodarczej
5. kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej, potwierdzona "za zgodność z oryginałem" (dołączę do dnia zawarcia umowy)\*)
6. wydruk Księgi Rejestrowej potwierdzony "za zgodność z oryginałem",
7. oświadczenie oferenta,
8. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam\*) się z treścią Ogłoszenia oraz Warunkami udzielania świadczeń zdrowotnych w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli.

…......................................................

data, podpis i pieczątka Oferenta

1. Oświadczam, że umowę ubezpieczenia zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku   
   o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 roku poz. 799 z późn. zm.) zawarłem/zawrę\*) dnia …........................................

….....................................................

data, podpis i pieczątka Oferenta

1. Oświadczam, że nie jestem: zawieszona(y) w prawie wykonywania zawodu, ograniczona(y)  
   w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ani też ukarana(y) karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu, pozbawiona(y) możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu ani też zawieszona(y) w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

…..................................................

data, podpis i pieczątka Oferenta

1. Proponowana kwota należności (brutto PLN/godz.) za realizację zamówienia:

….........................................................................................................

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

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

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

………………………………………………………………….……

……………………………………………………………………….

1. Określenie jakich świadczeń zdrowotnych dotyczy oferta:

Świadczenia zdrowotne udzielane będą pacjentom ............................................................................ Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w godzinach ….................................. w dni powszednie oraz …............................. w soboty, niedziele i święta – zgodnie z zasadami wykonywania zawodu lekarza, aktualnym stanem wiedzy medycznej, ogólnie przyjętymi zasadami etyki i należytą starannością, przy wykorzystaniu sprzętu, aparatury i innych środków Zamawiającego, niezbędnych do udzielania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym.

1. Proponowany czas trwania umowy:

….....................................................................................

….................................................

data , podpis i pieczątka Oferenta

**Decyzja o przyjęciu lub odrzuceniu oferty**

Oferta została przyjęta / odrzucona \*) .

Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na czas …........................................................................ tj. od dnia …........................................ roku do dnia …................................... roku .

Oferta została odrzucona z powodu ……………………………………………………………..………

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

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

data i podpis Przewodniczącego Komisji Konkursowej

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*) niepotrzebne skreślić**