

OŚWIADCZENIA  
FORMULARZ OFERTY

**PRZEDMIOT KONKURSU:**

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym – w zakresie wynikającym z wykonywania zawodu lekarza, w rejonie operacyjnym 28/15, wynikającym z Planu Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego dla województwa warmińsko-mazurskiego.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych podczas zabezpieczenia medycznego imprez, festynów oraz transportów medycznych, na obszarze kraju.

**SYMBOL SPRAWY: KONKURS OFERT NR 2/2017 z dnia 17.01.2017r. – uzupełniający do konkursu 26/2016**

**UDZIELAJĄCA ZAMÓWIENIA:** Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego z siedzibą w Olsztynie  
Adres: ulica Pstrowskiego 28 B, 10-602 Olsztyn, Polska

**Część A**

**DANE DOTYCZĄCE OFERENTA**

Imię i nazwisko Oferenta .....
PESEL .....
Zarejestrowana nazwa firmy* .....
Zarejestrowany adres firmy: .....
Adres do korespondencji: .....
REGON: .....
NIP: .....
Numer telefonu: .....
Nazwa banku i numer konta bankowego: .....
E-mail: .....
Staż w zawodzie LEKARZA: .....lat.
Staż w zespołach ratownictwa medycznego (w tym w lotniczym ZRM) lub w szpitalnym oddziale ratunkowym.....lat.
Obecne miejsce zatrudnienia (podać formę zatrudnienia i nazwę zakładu) .....
.....
.....
.....

**ZOBOWIĄZANIA OFERENTA:**

Ja niżej podpisany oświadczam, że:

1. że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
2. że przyjmuję warunki umowy, (projekty umowy stanowi załącznik do specyfikacji konkursu ofert),
3. że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu ofert;
4. że w przypadku zawarcia umowy z WSPR nie będę prowadzić działalności konkurencyjnej względem Udzielającej zamówienia,
5. że stan mojego zdrowia pozwala na udzielanie świadczeń zdrowotnych jako lekarz systemu.
6. Zapoznałem się z treścią SKO dla niniejszego Konkursu.
7. gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z ofertą
8. akceptuję warunki płatności określone przez Udzielającą Zamówienia w Projekcie Umowy przedstawiony w SKO
9. w przypadku uznania oferty za najkorzystniejszą, umowę zobowiązuję się zawrzeć w miejscu i terminie, jakie zostaną wskazane przez Udzielającą Zamówienia.

Data .....

Podpis oferenta .....

**CZĘŚĆ B**

1.Przedmiot konkursu wykonam za następujące stawki (cenę)		
lp	STAWKI MAKSYMALNE <small>W WYPADKU ZAOFEROWANIA STAWKI WYŻSZEJ NIŻ MAKSYMALNA OFERTA ZOSTANIE ODRZUCONA</small>	Stawka oferowana
1	a) Specjalista i specjalizujący się z medycyny ratunkowej: maksymalnie 70 zł/godz. b) Specjalista i specjalizujący się z anestezjologii i intensywnej terapii oraz pozostali specjaliści: maksymalnie 65 zł/godz. c) Specjalizujący się (z wyjątkiem medycyny ratunkowej i anestezjologii): maksymalnie 62 zł/godz. d) 3000 godzin: maksymalnie 55 zł/godz.	.....
2	<b>STAWKI DODATKOWE</b>	*Niewłaściwe skreślić
	za zaoferowanie powyżej 200 godzin miesięcznie	TAK* 2zł/ godz. NIE *0zł/ godz.
	Liczba km z miejsca zamieszkania do WSPR 60-120 km	TAK* 5 zł/godz.
	(Specjalista i specjalizujący się w medycynie ratunkowej)	NIE* 0zł/godzinę
	Liczba km z miejsca zamieszkania do WSPR pow. 120 km*. (Specjalista i specjalizujący się w medycynie ratunkowej)	TAK* 10 zł/ godz. NIE * 0 zł/ godz.
3	<b>OFERUJĘ następującą liczbę godzin w miesiącu do podjęcia dyżurów w zespole S:</b>	
	- w godz. 7-14(15) w dni robocze	....._godz
	- w godz. 14(15)-7 w dni robocze	....._godz
	- w godz. 7-7 w dni robocze	....._godz
	- w godz. 7-7 w dni wolne od pracy/święteczne	....._godz
	łącznie	....._godz

## CZĘŚĆ C

1. W poniższej tabeli wpisać punkty za spełniane przez Oferenta kryteria:

lp	Kryterium	Punktacja	Uwagi	Punkty Oferenta:
<b>I. JAKOŚĆ</b>				
<b>WYKSZTAŁCENIE</b>				
1	specjalista w dziedzinie medycyny ratunkowej	30	poszczególne kryteria nie sumują się, decyduje najwyższe punktowane, maks.30	.....
2	w trakcie specjalizacji z medycyny ratunkowej (po 2. roku)	25		
3	ukończona specjalizacja zgodnie z art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy o PRM	15		
4	w trakcie specjalizacji (co najmniej 2 lata) zgodnej z art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy o PRM	10		
5	udokumentowane 3000 godzin zgodnie z art. 57 ust. 1 pkt 2 ustawy o PRM	0		
<b>DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE</b>				
6	udzielanie świadczeń zdrowotnych powyżej 10 lat w zespole ratownictwa medycznego, w tym w lotniczym ZRM lub w szpitalnym oddziale ratunkowym lub IP	10	maks.10	.....
7	udzielanie świadczeń zdrowotnych 5-10 lat w zespole ratownictwa medycznego, w tym w lotniczym ZRM, lub w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w IP	5		
8	poniżej 5 lat w zespole ratownictwa medycznego lub w szpitalnym oddziale ratunkowym	0		
<b>II. CENA</b>				
9	liczba punktów w kryterium cena = ( <u>cena najniższa</u> x 30 ) : cena proponowana	1-30	maks.30	<i>nie wypełniać</i>
<b>III. DOSTĘPNOŚĆ</b>				
10	deklarowana liczba godzin pow.120/mies.	10	maks. 20	.....
11	deklarowana liczba godzin 73-120/mies.	7		
12	deklarowana liczba godzin 48-72/mies	5		
13	deklarowana liczba godzin pon.48/mies	0		
14	dostępność (miejsce zamieszkania na terenie powiatu olsztyńskiego)	10		
<b>IV. CIĄGŁOŚĆ</b>				
15	udzielanie świadczeń zdrowotnych w ZRM WSPR w Olsztynie w dniu składania ofert	10	maks. 10	.....

2. Załączam następujące dokumenty (kserokopie): **niepotrzebne skreślić**

- 1) dyplom ukończonych studiów wyższych w zawodzie lekarza,
- 2) prawo wykonywania zawodu lekarza,
- 4) dyplom specjalizacji dla lekarza systemu,
- 5) kserokopia karty szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie danej specjalizacji,
- 6) dokumenty potwierdzające wypracowanie 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala oraz deklarację o rozpoczęciu specjalizacji z medycyny ratunkowej do dnia 01 stycznia 2018r.

Data .....

Czytelny podpis Oferenta .....