

## FORMULARZ OFERTOWY:

### 1. Dane przyjmującego zamówienie

#### A. Podmiot leczniczy\*

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego

Nr wpisu do rejestru

nr KRS

Pełnomocnik

kontakt

#### B. Praktyka zawodowa\*

Imię i nazwisko

telefon

e-mail

adres

PESEL

NIP

REGON

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

Nr prawa wykonywania zawodu

Specjalizacja (nazwa, stopień i data uzyskania)

### 2. Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie przeprowadzania badań w ramach umowy kontraktowej\*:

1) POZ – cena ..... zł. za godzinę;

2) POZ - pediatria – cena ..... zł. za godzinę

3) Kardiologii – cena ..... zł. za punkt;

4) Psychiatrii dziecięcej – cena ..... zł. za punkt;

Oferuję dyspozycyjność do realizacji świadczeń zdrowotnych w następujące dni:

poniedziałek w godz. ....;

wtorek w godz. ....;

środa w godz. ....;

czwartek w godz. ....;

piątek w godz. ....

### 3. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia ..... do dnia 31.12.2014 r.

### 4. Oświadczenia

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami postępowania w sprawie zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis przyjmującego zamówienie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SZPZLO Warszawa-Ochota

zawartych w przesłanym CV dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.).

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis przyjmującego zamówienie

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY\*:**

- 1) potwierdzenie aktualnego wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
- 2) wypis z rejestru prowadzonego przez wojewodę lub Ministra Zdrowia lub okręgową radę lekarską właściwą dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza lub okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej przez pielęgniarkę lub wypis z Krajowego Rejestru Diagnostów Laboratoryjnych lub (jeżeli dotyczy);
- 3) dokument określający status prawny podmiotu założycielskiego (w przypadku, gdy Przyjmującym zamówienie jest podmiot leczniczy będący przedsiębiorcą);
- 4) umowę lub pisemne zobowiązanie się Przyjmującego zamówienie do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w wyniku realizacji umowy o udzielanie zamówienia (art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217). Dotyczy to również odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV. Kopię polisy na warunkach określonych w zobowiązaniu oferent przedkłada najpóźniej w przeddzień rozpoczęcia realizacji świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy;
- 5) informacje o liczbie osób, które będą realizowały przedmiot umowy z podaniem ich kwalifikacji zawodowych, nr prawa wykonywania zawodu;
- 6) wypis z rejestru indywidualnych praktyk lekarskich;
- 7) dyplom lekarza;
- 8) oświadczenie o spełnieniu standardów jakościowych określonych w obowiązujących przepisach (jeśli dotyczy);
- 9) dokumenty potwierdzające zdobyte kwalifikacje zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 111, poz. 653, z późn. zm.) lub z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139, z późn. zm.);
- 10) dokument potwierdzający formalne kwalifikacje - dyplom i zaświadczenia o odbytych kursach kwalifikacyjnych - zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857 z późn. zm.) lub zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.):

\* niepotrzebne skreślić