

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) USG dla dzieci – cena zł. za osobę;
- 4) USG dla dorosłych – cena zł. za osobę;
- 5) Kardiologii – cena zł. za punkt;
- 6) Laryngologii – cena zł. za punkt;
- 7) Neurologii – cena zł. za punkt;
- 8) Psychiatrii dziecięcej – cena zł. za punkt;
- 9) Chirurgii – cena zł. za punkt;
- 10) Okulistyki – cena zł. za punkt;
- 11) Reumatologii – cena zł. za punkt;
- 12) Ginekologii – cena zł. za punkt;
- 13) Laryngologii dziecięcej – cena zł. za punkt;
- 14) Psychiatrii (ROTA) – cena zł. za godzinę;
- 15) Ortopedii dziecięcej (wady postawy) – cena zł. za punkt;
- 16) Urologii – cena zł. za punkt;
- 17) Endokrynologii – cena zł. za punkt;
- 18) Dermatologii – cena zł. za punkt;
- 19) Diabetologii – cena zł. za punkt;
- 20) Psychiatrii – cena zł. za punkt;
- 21) Okulistyki dziecięcej – cena zł. za punkt;
- 22) Psychiatrii (ODP) – cena zł. za godzinę;
- 23) Pediatrii (Medycyna szkolna) – cena zł. za godzinę;
- 24) Rehabilitacji – cena zł. za punkt;
- 25) Fizjoterapii – cena zł. za godzinę;
- 26) USG ginekologicznego – cena zł. za osobę;
- 27) USG serca – cena zł. za osobę;
- 28) USG Doppler – cena zł. za osobę;
- 29) Pielęgniarstwa w poradni laryngologicznej – cena zł. za godzinę.

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.

.....
miejsce 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.).

.....
miejsce 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 (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 udzielenie 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 lub pielęgniarskich (jeśli dotyczy);
- 7) dyplom lekarza, a w przypadku pakietu XXIX dyplom pielęgniarki, w przypadku pakietu XXV dyplom fizjoterapeuty;
- 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.) lub rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. Nr 140, poz. 1145 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 dentyisty (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