

FORMULARZ OFERTOWY
Spr. nr ZP-2512-07-GK./2014

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:

- 1) Pakiet I – badania laboratoryjne: poziom LIT-u – cena za badanie; proteinogram – cena za badanie.
- 2) Pakiet II – przeciwciała przeciwjądrowe (ANA) – cena za badanie.
- 3) Pakiet III – *Borrelia burgdorferi* (Lyme) przeciwciała IgM – test przesiewowy (identyfikacja przeciwciał) – cena za badanie.
- 4) Pakiet IV – *Borrelia burgdorferi* (Lyme) przeciwciała IgM – test potwierdzenia (dla wyników wątpliwych i dodatnich) – cena za badanie.
- 5) Pakiet V – *Borrelia burgdorferi* (Lyme) przeciwciała IgG – test przesiewowy (identyfikacja przeciwciał) – cena za badanie.
- 6) Pakiet VI – *Borrelia burgdorferi* (Lyme) przeciwciała IgG – test potwierdzenia (dla wyników wątpliwych i dodatnich) – cena za badanie.
- 7) Pakiet VII – badania serologiczne grupy krwi: oznaczenie grupy krwi – cena za badanie; wykrywanie przeciwciał odpornościowych – cena za badanie; badanie serologiczno-konsultacyjne – cena za badanie.
- 8) Pakiet VIII – badania bakteriologiczne: posiew moczu – cena za badanie; wymazy bakteryjne – cena za badanie; wymazy w kierunku grzybów – cena za badanie; biocenoza pochwy – cena za badanie; sporale – cena za badanie; ogólny posiew kału w kierunku *Salmonella Shigella* – cena za badanie.
- 9) Pakiet IX – badanie bakteriologiczne płwociny w kierunku gruźlicy z posiewem: badanie podstawowe – cena za badanie; badanie z lekoopornością – cena za badanie.

10) Pakiet X – badania diagnostyczne: biopsja cienkoigłowa (BAC) – cena za badanie; badanie cytologiczne (barwienie + ocena) – cena za badanie; badania histopatologiczne – cena za badanie.

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

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 złożonej ofercie dla potrzeb niezbędnych w procesie przeprowadzenia konkursu ofert, 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 Gospodarcze (jeśli dotyczy);
- 2) wypis z rejestru prowadzonego przez wojewodę lub Ministra Zdrowia, lub okręgową radę lekarską właściwą dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza, lub okręgową radę pielęgniarzek 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 udzielanie zamówienia (art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz.217, z późn. zm.). 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 (jeśli dotyczy);

- 7) dyplom lekarza lub psychologa;
- 8) oświadczenie o spełnieniu standardów jakościowych określonych w obowiązujących przepisach (jeśli dotyczy);
- 9) dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje zgodnie z ustawą z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 174 z późn. zm.);
- 10) dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1413);
- 11) 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 dentystry (Dz. U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2011 r., Nr 113, poz. 658) - (jeśli dotyczy).

* *niepotrzebne skreślić*