

FORMULARZ OFERTOWY
Spr. nr ZP-2512-15-GK/2015

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:

kardiologii - zł za punkt wypracowany, oraz

..... % ceny świadczeń w zakresie w jakim objęte są umową zawartą przez Udzielającego zamówienia z innym podmiotem finansującym świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych;

..... % ceny tych świadczeń w zakresie w jakim objęte są umową z pacjentem albo innym podmiotem finansującym te świadczenia ze środków niepublicznych.

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 oraz warunkami określonymi w umowie i nie wnoszę do nich 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 Gospodarczej (jeżeli dotyczy);
- 2) wypis z rejestru prowadzonego przez wojewodę lub Ministra Zdrowia, lub **okręgową radę lekarską** właściwą dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza (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; (jeżeli dotyczy)
- 5) oświadczenie o wykonaniu szczepień przeciw **WZW typu B**;
- 6) informacje o liczbie osób, które będą realizowały przedmiot umowy z podaniem ich kwalifikacji zawodowych i **numer prawa wykonywania zawodu**; (jeżeli dotyczy);
- 7) **prawo wykonywania zawodu**;
- 8) wypis z rejestru indywidualnych praktyk lekarskich (jeżeli dotyczy);
- 9) **dyplom**;
- 10) oświadczenie o spełnianiu standardów jakościowych określonych w obowiązujących przepisach (jeżeli dotyczy);
- 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 dentysty (Dz. U. 2011, Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.) (jeżeli dotyczy);
- 12) dokumenty potwierdzające zdobyte 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); (jeżeli dotyczy);
- 13) **zaświadczenie lekarskie dopuszczające** do pracy lub pisemne zobowiązanie się Przyjmującego zamówienie, że przedłoży stosowne zaświadczenie najpóźniej w przeddzień rozpoczęcia realizacji świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy.

* *niepotrzebne skreślić*