

**FORMULARZ OFERTOWY**  
Spr. nr ZP-2512-25-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:

**PAKIET I POZ dla dorosłych** z wynagrodzeniem w wysokości:

..... zł za udzieloną jedną poradę ambulatoryjną;

..... zł za udzieloną jedną poradę w domu pacjenta;

..... zł za udzieloną poradę recepturową w rozumieniu § 15 ust. 3 Umowy;

oraz

..... % ceny porady określonej w cenniku, z tytułu udzielania porad pacjentom finansującym świadczenia ze środków własnych lub przez podmiot finansujący.

**PAKIET II POZ dla dzieci** z wynagrodzeniem w wysokości:

..... zł za udzieloną jedną poradę ambulatoryjną;

..... zł za udzieloną jedną poradę w domu pacjenta;

..... zł za udzieloną poradę recepturową w rozumieniu § 15 ust. 3 Umowy;

oraz

..... % ceny porady określonej w cenniku, z tytułu udzielania porad pacjentom finansującym świadczenia ze środków własnych lub przez podmiot finansujący.

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 2014 r. poz. 1182.).*

.....  
*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 udzielenie zamówienia (art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. 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) oświadczenie o wykonaniu szczepień przeciw WZW typu B;
- 6) informacje o liczbie osób, które będą realizowały przedmiot umowy z podaniem ich kwalifikacji zawodowych i nr prawa wykonywania zawodu (jeśli dotyczy);
- 7) prawo wykonywania zawodu;
- 8) wypis z rejestru indywidualnych praktyk lekarskich (jeśli dotyczy);
- 9) dyplom lekarza;
- 10) dokumenty potwierdzające zdobyte kwalifikacje zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1248); (jeśli 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 dentystry (Dz. U. 2015, poz. 464);
- 12) 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*