

FORMULARZ OFERTOWY
Spr. nr ZP-2512-40-GK/2015

1. Dane przyjmującego zamówienie

A. Podmiot leczniczy*

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego

Nr wpisu do rejestru

nr KRS.....

Pełnomocnik

kontakt (Imię, nazwisko, tel. faks, e-mail)

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 badań diagnostycznych angiografii fluoresceinowej oka w cenie zł brutto 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 oraz warunkami określonymi w umowie i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

.....
miejscowość 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. 782 z późn. zm.).

.....
miejscowość i data

.....
podpis przyjmującego zamówienie

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) potwierdzenie aktualnego wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub KRS;
- 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 potwierdzający 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 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 Przyjmujący zamówienie 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 i numerem prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
- 6) oświadczenie o spełnieniu standardów jakościowych określonych w obowiązujących przepisach (jeżeli dotyczy);
- 7) 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 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.) (jeśli dotyczy).
- 8) Harmonogram udzielania świadczeń zawierający:
 1. adres miejsca udzielania świadczeń;
 2. dni i godziny udzielania świadczeń;
 3. numery telefonów do rejestracji celem zapisu na badanie;
 4. imię i nazwisko oraz numer telefonu do osoby nadzorującej prawidłową realizację umowy.

**HARMONOGRAM ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
Z ZAKRESU BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH – ANGIOGRAFII FLUORESCENCJOWEJ OKA**

Lp.	Miejsce REJESTRACJI (jedn./kom. org. Przyjmującego zamówienie)	Dni i godziny pracy rejestracji	Miejsce wykonania badania (jedn./kom. org. Przyjmującego zamówienie)	Dni i godziny wykonywania oferowanych badań	Uwagi (np. sposób rejestracji pacjenta, numery telefonów)