

FORMULARZ OFERTOWY
Spr. nr ZP-2512-19-GK/2016

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 brutto za udzieloną jedną poradę ambulatoryjną;

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

..... zł brutto 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 publicznych lub niepublicznych.

PAKIET II – wykonywania badań USG doppler z wynagrodzeniem w wysokości -

Badanie USG - rodzaj	Proponowana cena zł brutto za wykonane badanie pacjenta
Doppler tętnic szyjnych	
Doppler tętnic kończyn dolnych (2 kończyny)	
Doppler tętnic kończyn górnych (2 kończyny)	
Doppler żył kończyn dolnych (2 kończyny)	
Doppler żył kończyn górnych (2 kończyny)	
Doppler tętnic – 1 kończyna	
Doppler żył – 1 kończyna	

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.

PAKIET III – dietytyki z wynagrodzeniem w wysokości -% ceny brutto wynikającej z Załącznika nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego SZPZLO Warszawa-Ochota, zwanego „Cennikiem”;

PAKIET IV - gastroenterologii tj. udzielania konsultacji oraz wykonywania zabiegów z wynagrodzeniem:

- za udzieloną konsultację: % wartości opłaty wynikającej z Załącznika nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego SZPZLO Warszawa-Ochota, zwanego „Cennikiem”;

- za przeprowadzony zabieg, w wysokości: % wartości opłaty wynikającej z Załącznika nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego SZPZLO Warszawa-Ochota, zwanego „Cennikiem”.

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 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.).

.....
miejscowość 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) umowa 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 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze 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) informacja 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) dyplom lub świadectwo ukończenia odpowiedniej uczelni lub szkoły;
- 9) 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 2016 r., poz. 8.) lub 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);
- 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 dentysty (Dz. U. 2015, poz. 464 ze zm.);
- 11) 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