

FORMULARZ OFERTOWY
Spr. nr ZP-2512-02-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 pielęgniarstwo gastroenterologiczne z wynagrodzeniem w wysokości: zł
brutto za godzinę wypracowaną.

PAKIET II- okulistyka dziecięca z wynagrodzeniem w wysokości: 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.

PAKIET III- wykonywania badań USG Dopplera z wynagrodzeniem w wysokości -

Badanie USG Doppler - rodzaj	Proponowana cena zł brutto za wykonane badanie pacjenta
Tętnice szyjne	
Tętnice kończyn dolnych (2 kończyny)	
Tętnice kończyn górnych (2 kończyny)	
Żyły kończyn dolnych (2 kończyny)	
Żyły kończyn górnych (2 kończyny)	
Tętnice – 1 kończyna	
Żyły – 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 podmio-
tem 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 (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

.....
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. 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 nru prawa wykonywania zawodu (jeśli dotyczy);
- 7) prawo wykonywania zawodu (jeśli dotyczy);
- 8) dyplom lub świadectwo ukończenia odpowiedniej uczelni lub szkoły;
- 9) 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 (jeśli dotyczy);
- 10) 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 2016 r., poz. 357). lub Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 86) (jeśli dotyczy);
- 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*