

FORMULARZ OFERTOWY
Spr. nr ZP-2512-10-GK/2017

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:

POZ dla dzieci 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.

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 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) 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;
- 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 dentysty (Dz. U. 2015, poz. 464 ze zm.) (jeśli dotyczy);
- 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 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