

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
W NOWYM MIEŚCIE NAD PILICĄ**

**FORMULARZ OFERTOWY : KONKURS NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI
ZDROWOTNEJ W NOWYM MIEŚCIE NAD PILICĄ W ZAKRESIE ORTOPEDII I
TRAUMATOLOGII NARZĄDÓW RUCHU.**

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....
.....

1.Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia SP ZOZ w Nowym Mieście nad Pilicą z dnia2018r. o konkursie ofert w sprawie udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne.

2.Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Nowym Mieście nad Pilicą w zakresie:

.....
.....

3.Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. Świadczenia zdrowotne będą udzielane przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego Udzielającego Zamówienie .

4.

a) **Określenie stawki za udzielone świadczenie w % wartości za wykonane procedury w ramach umowy podpisanej z NFZ przez Udzielającego Zamówienie (proponowana**

stawka nie może przekraczać 35 %).

.....%

b) Określenie stawki za zrealizowanie świadczenia w przychodni specjalistycznej w % wartości za wykonanie świadczenia w ramach umowy podpisanej z NFZ przez Udzielającego Zamówienie (proponowana stawka nie może przekraczać 55 %)

.....%

5.W przypadku wygrania konkursu zobowiązuję się zawrzeć umowę na wykonanie świadczeń zdrowotnych w okresie wskazanym w ogłoszeniu z możliwością przedłużenia jej aneksem .

6.W załączeniu do oferty przedkładam następujące kserokopie dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez oferenta.

A / W przypadku prowadzenia działalności gospodarczej, w zależności od formy organizacyjno-prawnej:

- aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (ze strony internetowej CEIDG), albo
- aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego.
- zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą stosownie do formy organizacyjno-prawnej.

B/ Kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje:

- dyplom ukończenia studiów medycznych,
- prawo wykonywania zawodu,
- dyplom specjalizacji lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny adekwatnej do rodzaju udzielanych świadczeń (dla każdego zakresu świadczeń zdrowotnych, w zakresie których Przyjmujący zamówienie składa ofertę i o ile wymagana jest specjalizacja zgodnie z SWKO),

C/ wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz oświadczenie zgodności ww. danych – dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych ,

D/ kserokopia dowodu zawarcia aktualnie obowiązującej umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych (możliwe jest również dostarczenie przed faktycznym rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych),

E/ aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarz (tzw. zdolność do pracy) oraz zaświadczenia do celów sanitarno-

epidemiologicznych (możliwe jest również dostarczenie przed faktycznym rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych),

F/ certyfikat potwierdzający ukończenie kursu Diagnostyki USG narządu ruchu z elementami reumatologii, oraz kursu leczenia ran przewlekłych

G/ wypełniony Formularz Ofertowy, stanowiący Załącznik nr 1, oraz zaparafowany projekt Umowy Załącznik nr 2,

7. Oświadczam, że :

1. zapoznałem się z treścią:

- a) ogłoszenia,
- b) Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),
- c) projektu umowy (Załącznik nr 2 do SWKO),

akceptuję ich treść i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń.

- 2. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO, w szczególności wzoru umowy, stanowiącego Załącznik nr 2 do SWKO, oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
- 3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.

.....
(miejsowość i ,data)

.....
(czytelny podpis oferenta)