

Pieczęć Firmowa Oferenta

OFERTA – Formularz ogólny

**SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1
W RZESZOWIE
35-051 RZESZÓW
UL. CZACKIEGO 2**

UWAGA !

Wypełnia w całości i podpisuje Oferent.

Pełna nazwa Oferenta:

Imię i nazwisko lub nazwa:

.....

Posiadający prawo wykonywania zawodu nr:,

wydane przez:

Wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod nr:

prowadzonego przez:

Wpisanym do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej pod nazwą:

.....

.....

Adres Oferenta :

Kod pocztowy miejscowość.....

ul. nr.....

tel. fax.....

Bank.....

Nr konta

NIP..... REGON.....

I. 1. Zgłaszam gotowość złożenia oferty w konkursie ofert dot. zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjna opieka specjalistyczna, tj. wykonywanie świadczeń zdrowotnych w dziedzinie neurologii przez lekarza w Poradni Neurologicznej w Przychodni Specjalistycznej nr 1, w Poradni Neurologicznej Przychodni Specjalistycznej nr 2 w Rzeszowie w ramach funkcjonowania Poradni (w tym badania dla potrzeb medycyny pracy), w Poradni Autyzmu Dzieci Podkarpackiego Centrum Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń ze Spektrum Autyzmu oraz Psychiatrii Dzieci i Młodzieży dla pacjentów wymagających konsultacji neurologicznej oraz w ramach konsultacji medycznych pacjentów leczonych w Oddziałach Szpitala Miejskiego w Rzeszowie i w Zakładzie Opieki Długoterminowej w Rzeszowie.

2. Proponuję kwotę należności za realizację zamówienia w wysokości:

- a). zł. brutto za 1 punkt rozliczeniowy z tyt. świadczonych usług medycznych przez lekarza specjalistę,
- b). zł. brutto za 1 punkt rozliczeniowy z tyt. świadczonych usług medycznych przez lekarza w trakcie specjalizacji,
- c). zł. brutto za 1 poradę z tytułu badania pacjentów zgłaszających się do Poradni poza NFZ,
- d). zł. brutto za 1 badanie z tytułu porad specjalistycznych wykonanych dla celów medycyny pracy,
- e). zł. brutto za 1 konsultację dla pacjentów leczonych w Szpitalu Miejskim w Rzeszowie oraz w Zakładzie Opieki Długoterminowej w Rzeszowie.

II. Imię, nazwisko i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)

III. Oferent oświadcza, iż:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń, w przypadku przyjęcia oferty deklaruje gotowość podpisania umowy niezwłocznie po rozstrzygnięciu konkursu.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Poradni Neurologicznej w Przychodni Specjalistycznej nr 1, w Poradni Autyzmu Dzieci Podkarpackiego Centrum Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń ze Spektrum Autyzmu oraz Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Poradni Neurologicznej Przychodni Specjalistycznej nr 2 w Rzeszowie w Oddziałach Szpitala Miejskiego w Rzeszowie oraz w Zakładzie Opieki Długoterminowej w Rzeszowie tj. w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.

3. Posiada wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz prowadzi działalność gospodarczą wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej zgodnie z danymi wymienionymi na wstępie niniejszej oferty.
4. Posiada kwalifikacje i uprawnienia konieczne do wykonywania zadań będących przedmiotem zamówienia.
5. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
6. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) zgodnie z obowiązującymi przepisami. (Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc w terminie określonym we wzorze umowy.)
7. Oświadcza iż w okresie 5 lat poprzedzających dzień rozstrzygnięcia niniejszego postępowania konkursowego SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie nie **rozwiązał / rozwiązał*** z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.
8. Deklaruje liczbę wykonywania świadczeń zdrowotnych w ilości godzin w tygodniu w Poradni Neurologicznej Przychodni Specjalistycznej nr 1 w Rzeszowie, deklaruje liczbę wykonywania świadczeń zdrowotnych w ilości godzin w tygodniu w Poradni Neurologicznej Przychodni Specjalistycznej nr 2 w Rzeszowie.
8. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami.
9. W przypadku nie rozstrzygnięcia konkursu z powodu wysokości stawek wynagrodzenia zgłaszam gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.
10. Spełnia wszystkie wymagania zawarte w warunkach uczestnictwa w postępowaniu i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

Załączniki do oferty :

- | | | |
|---|---|------------------|
| 1 | Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunków konkursowych, | - załącznik nr 1 |
| 2 | Decyzja o wpisie do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą | - załącznik nr 2 |
| 3 | Kwalifikacje zawodowe – uwierzytelniona kserokopia: dyplomu ukończenia studiów, dyplomu specjalizacji, prawa wykonywania zawodu | - załącznik nr 3 |
| 4 | Skrócony przebieg pracy | - załącznik nr 4 |
| 5 | Warunki i miejsce udzielanych świadczeń | - załącznik nr 5 |
| 6 | Oświadczenie o pozostawaniu w dyspozycyjności | - załącznik nr 6 |
| 7 | Proponowany czas trwania umowy | - załącznik nr 7 |
| 8 | Zaświadczenie o wpisie do CEIDG | - załącznik nr 8 |

data

.....
Pieczętka i podpis Oferenta