



OFERTA – Formularz ogólny

**SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1
W RZESZOWIE
35-051 RZESZÓW
UL. CZACKIEGO 3**

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 świadczenia zdrowotne w dziedzinie chirurgii dziecięcej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, tj. wykonywanie przez lekarza świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii Dzieci w Przychodni Specjalistycznej nr 2 w Rzeszowie w ramach funkcjonowania Poradni oraz w ramach konsultacji medycznych pacjentów leczonych w Klinicznym Oddziale Pediatriczno-Pulmonologicznym Szpitala Miejskiego w Rzeszowie.

Świadczenia zdrowotne w dziedzinie chirurgii dziecięcej dotyczyć będą zabezpieczenia opieki lekarskiej:

- a). dla pacjentów w Poradni Chirurgii Dzieci w Przychodni Specjalistycznej nr 2 w Rzeszowie zgodnie z propozycją Oferenta przyjętą przez Udzielającego zamówienia,
- b). wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii Dzieci w Przychodni Specjalistycznej nr 2 w Rzeszowie dla pacjentów zgłaszających się do Poradni poza NFZ,
- c). wykonywanie konsultacji medycznych pacjentów leczonych w Klinicznym Oddziale Pediatriczno-Pulmonologicznym Szpitala Miejskiego w Rzeszowie.

2. Proponuję kwotę należności za realizację zamówienia w wysokości:

- a). zł. brutto za jeden punkt rozliczeniowy wg. katalogu procedur NFZ w Poradni Chirurgii Dzieci w Przychodni Specjalistycznej nr 2 w Rzeszowie,
- b). zł. brutto za 1 poradę w Poradni Chirurgii Dzieci w Przychodni Specjalistycznej nr 2 w Rzeszowie z tytułu badania pacjentów poza NFZ (badanie płatne),
- c). zł. brutto za 1 konsultację z tytułu wykonanych konsultacji w Klinicznym Oddziale Pediatriczno – Pulmonologicznym w Szpitalu Miejskim 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 od daty rozstrzygnięcia postępowania.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Poradni Chirurgii Dzieci w Przychodni Specjalistycznej nr 2 w Rzeszowie oraz w Klinicznym Oddziale Pediatriczno - Pulmonologicznym Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II 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 godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w ilości godzin w tygodniu w Poradni Chirurgii Dzieci w Przychodni Specjalistycznej nr 2 w Rzeszowie.
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami.
10. W przypadku nie rozstrzygnięcia konkursu z powodu wysokości stawek wynagrodzenia zgłasza gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.
11. Spełnia wszystkie wymagania zawarte w warunkach uczestnictwa w postępowaniu i przyjmuje je bez zastrzeżeń.

Załączniki do oferty :

- | | | |
|---|---|------------------|
| 1 | Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunków konkursowych, | - załącznik nr 1 |
| 2 | Wpis 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 | Wpis do CEIDG | - załącznik nr 8 |

Data

.....
Pieczątką i podpis Oferenta