



## 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 lub KRS 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 udzielenie przez lekarza świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w dziedzinie dermatologii i wenerologii w Poradni Dermatologicznej w Przychodni Specjalistycznej nr 1, nr 2, nr 3 w Rzeszowie w ramach funkcjonowania Poradni oraz w ramach konsultacji medycznych pacjentów leczonych w Oddziałach Szpitala Miejskiego w Rzeszowie i w Zakładzie Opieki Długoterminowej w Rzeszowie. , tj. udzielanie przez lekarza świadczeń zdrowotnych w Poradni Dermatologicznej w Przychodni Specjalistycznej nr 1, nr 2, nr 3 w Rzeszowie w ramach godzin funkcjonowania Poradni oraz w ramach konsultacji medycznych pacjentów leczonych w Oddziałach Szpitala Miejskiego w Rzeszowie i w Zakładzie Opieki Długoterminowej w Rzeszowie zgodnie z propozycją Oferenta przyjętą przez Udzielającego zamówienia.**

**2. Proponuję kwotę należności za realizację zamówienia w wysokości:**

- a). ..... zł. brutto za 1 punkt rozliczeniowy z tyt. świadczonych usług medycznych w Poradni,
- b). ..... zł. brutto za 1 poradę z tytułu badania pacjentów zgłaszających się do Poradni poza NFZ,
- c). ..... zł. brutto za 1 konsultację,
- d). ..... % wartości ceny – za wykonaną procedurę – wynikającej z cennika świadczeń zdrowotnych obowiązującego u Udzielającego zamówienia dla osób nieubezpieczonych i innych osób nieuprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie odrębnych przepisów oraz świadczeń, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością.

**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 Dermatologicznej w Przychodni Specjalistycznej nr 1, nr 2, nr 3 w Rzeszowie oraz w Oddziałach Szpitala Miejskiego w Rzeszowie i 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/KRS 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 Dermatologicznej w Przychodni Specjalistycznej nr 1 w Rzeszowie, ..... godzin w tygodniu w Poradni Dermatologicznej w Przychodni Specjalistycznej nr 2 w Rzeszowie, ..... godzin w tygodniu w Poradni Dermatologicznej w Przychodni Specjalistycznej nr 3 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 | 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 lub KRS   | - załącznik nr 8 |

data .....

.....  
Pieczęć i podpis Oferenta