



## 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 zakresie leczenia szpitalne w dziedzinie okulistyki w Oddziale Okulistyki, w Oddziale Neonatologii z Intensywną Terapią Noworodka oraz w Klinicznym Oddziale Pediatriczno - Pulmonologicznym Szpitala Miejskiego w Rzeszowie stosownie do potrzeb Udzielającego Zamówienie tj. wykonywanie przez lekarza zabiegów laserokoagulacji siatkówki oraz wykonywanie konsultacji medycznych dla pacjentów Oddziału Neonatologii z Intensywną Terapią Noworodka oraz Oddziału Pediatriczno - Pulmonologicznego w Szpitalu Miejskim w Rzeszowie.**

1. Proponuję kwotę należności za realizację zamówienia:
  - a). w wysokości ..... zł. brutto za wykonanie jednego zabiegu laserokoagulacji siatkówki,
  - b). w wysokości ..... zł. brutto za wykonanie jednej konsultacji.

**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 Oddziale Okulistyki, w Oddziale Neonatologii z Intensywną Terapią Noworodka oraz w Klinicznym Oddziale Pediatriczno - Pulmonologicznym Szpitala Miejskiego 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 gotowość wykonywania świadczeń zdrowotnych stosownie do potrzeb Udzielającego Zamówienie w Oddziale Okulistyki, w Oddziale Neonatologii z Intensywną Terapią Noworodka oraz w Klinicznym Oddziale Pediatriczno - Pulmonologicznym Szpitala Miejskiego 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   | - załącznik nr 8 |

data .....

.....  
Pieczątką i podpis Oferenta