



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 udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego w dziedzinie okulistyki w Oddziale Okulistyki i Izbie Przyjęć Szpitala Miejskiego w Rzeszowie w ramach podstawowego funkcjonowania Oddziału oraz w ramach zabezpieczenia całodobowej opieki lekarskiej (poza godzinami podstawowego funkcjonowania Oddziału – dyżury medyczne) dla pacjentów Oddziału i Izby Przyjęć oraz wykonywanie przez lekarza badań lekarskich i udzielanie porad dla uczestników programów polityki zdrowotnej realizowanych w Oddziale Okulistyki przez Udzielającego zamówienia zgodnie z propozycją Oferenta przyjętą przez Udzielającego zamówienia, tj.:

- a). wykonywania świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego dla pacjentów Oddziału w godz. 7,00–14,35 w dni robocze;
- b). zabezpieczenia opieki medycznej dla pacjentów Oddziału w godz. 14,35-7,00 dnia następnego w dni robocze,
- c). zabezpieczenia opieki medycznej dla pacjentów Oddziału w godz. 7,00 – 7,00 dnia następnego w soboty, niedziele i święta,
- d). wykonywanie przez lekarza badań lekarskich i udzielanie porad dla uczestników programów polityki zdrowotnej realizowanych przez *Udzielającego zamówienia*.

2. Proponuję kwotę należności za realizację zamówienia w wysokości:

a). zł. brutto za 1 godzinę świadczenia usług w Oddziale w dni robocze w godz. 7,00– 14,35,

b)zł. brutto za 1 godzinę świadczenia przez lekarza usług w ramach zabezpieczenia całodobowej opieki medycznej dla pacjentów Oddziału i Izby Przyjęć w godz. 14,35 – 7,00 dnia następnego w dni robocze,

c)zł. brutto za 1 godzinę świadczenia przez lekarza usług w ramach zabezpieczenia całodobowej opieki medycznej dla pacjentów Oddziału i Izby Przyjęć w godz. 7,00 – 7,00 dnia następnego w soboty, niedziele i święta.

d). zł. brutto za 1 przebadanego pacjenta w ramach realizacji programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Udzielającego zamówienia.

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 i Izbie Przyjęć 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. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami.
9. Deklaruje liczbę godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w ilości:
..... godzin w tygodniu w ramach podstawowego funkcjonowania Oddziału
w godz. od 7,00 do 14,35, godzin w tygodniu w ramach świadczeń zdrowotnych
związanych z realizacją programów profilaktycznych oraz pełnienie dyżurów medycznych
w ilości w miesiącu.
10. W przypadku nie rozstrzygnięcia konkursu z powodu wysokości stawek wynagrodzenia zgłaszam gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.
11. 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 | 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