



## 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 | Wydruk wpisu 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 .....

.....  
Pieczęćka i podpis Oferenta