



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 indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich wykonywanych
w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego pod nr: prowadzonego przez właściwą
Okręgową Radę Lekarskiej w

Wpisanym do ewidencji działalności gospodarczej przez
pod nr

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 w zakresie ambulatoryjna opieka specjalistyczna, tj. wykonywanie świadczeń zdrowotnych w dziedzinie neurologii przez lekarza w Poradni Neurologicznej w Przychodni Specjalistycznej nr 1 Rzeszowie, Poradni Neurologicznej w Przychodni Specjalistycznej nr 2 Rzeszowie w ramach funkcjonowania Poradni (w tym badania dla potrzeb medycyny pracy) oraz w ramach konsultacji medycznych pacjentów leczonych w Oddziałach Szpitala Miejskiego w Rzeszowie i w Zakładzie Opieki Długoterminowej w Rzeszowie.

2. Proponuję kwotę należności za realizację zamówienia w wysokości:

- a). zł. brutto za 1 punkt rozliczeniowy z tyt. świadczonych usług medycznych,
- b). zł. brutto za 1 poradę z tytułu badania pacjentów zgłaszających się do Poradni poza NFZ,
- c). zł. brutto za 1 badanie z tytułu porad specjalistycznych wykonanych dla celów medycyny pracy,
- d). zł. brutto za 1 konsultację.

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 po rozstrzygnięciu konkursu.
- 2.Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Poradni Neurologicznej w Przychodni Specjalistycznej nr 1, nr 2 w Rzeszowie, w Oddziałach Szpitala Miejskiego w Rzeszowie oraz 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 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 wykonywania świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurologicznej w Przychodni Specjalistycznej Nr 1 w ilości godzin w tygodniu.
Deklaruje liczbę wykonywania świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurologicznej w Przychodni Specjalistycznej Nr 2 w ilości godzin w tygodniu.
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami.
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 | 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

.....
Pieczętka i podpis Oferenta