Załącznik nr 3
do Zarządzenia nr 64 /2024
Dyrektora SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie
z dnia 04.06.2024r.

Pieczęć Firmowa Oferenta

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.....

NIP nr:.....REGON nr:.....

I. 1. Zgłaszam gotowość złożenia oferty w konkursie ofert dot. zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, tj. wykonywanie przez lekarza świadczeń zdrowotnych w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Przychodniach Specjalistycznych nr 1, nr 2 i nr 3 w Rzeszowie w ramach funkcjonowania Poradni oraz w Poradni Preluksacyjnej w Przychodni Specjalistycznej nr 3 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 Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej przez lekarza specjalistę,

b). ..... zł. brutto za 1 poradę z tytułu badania pacjentów zgłaszających się do Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej poza NFZ,

c). ..... zł. brutto za 1 punkt rozliczeniowy z tyt. świadczonych usług medycznych w Poradni Preluksacyjnej przez lekarza specjalistę,

d). ..... zł. brutto za 1 poradę z tytułu badania pacjentów zgłaszających się do Poradni Preluksacyjnej poza NFZ,

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 Urazowo-Ortopedycznej w Przychodniach Specjalistycznych nr 1, nr 2 i nr 3 w Rzeszowie oraz w Poradni Preluksacyjnej w Przychodni Specjalistycznej nr 3 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 ilości:

a) ….....godzin w tygodniu w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Przychodni Specjalistycznej nr 1 w Rzeszowie,

b) ….....godzin w tygodniu w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Przychodni Specjalistycznej nr 2 w Rzeszowie,

c). ….....godzin w tygodniu w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Przychodni Specjalistycznej nr 3 w Rzeszowie,

d). …..... godzin w tygodniu w Poradni Preluksacyjnej w Przychodni Specjalistycznej nr 3 w Rzeszowie.

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	Zaświadczenie o wpisie do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i rejestr 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 CEDIG	-	załącznik nr 8

data ....

Pieczątka i podpis Oferenta