

Formularz oferty

I. Formularz oferty

I. Instrukcja dla Oferenta :

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczętą Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony Formularza oferty muszą być parafowane przez Oferenta.

II. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko lekarza													
Rodzaj praktyki lekarskiej						Nr prawa wykonywania zawodu							
Organ prowadzący rejestr (nazwa okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)						Nr księgi rejestrowej							
Adres zamieszkania													
Kraj				Miejscowość									
Kod pocztowy				Pocztą									
Ulica						Nr domu				Nr lokalu			
E-mail						telefon				fax			
Adres do korespondencji													
Kraj						Miejscowość							
Kod pocztowy				Pocztą									
Ulica						Nr domu				Nr lokalu			
Działalność gospodarcza													
Nazwa firmy										Siedziba			
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)							-				-		

III. Oferowana kwota wynagrodzenia:

1. Za realizację miesięcznego zamówienia proponuję stawkę w wysokości:

1) ZADANIE NR 1:zł brutto za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach normalnej ordynacji w Oddziale Internistycznym i Geriatrycznym, konsultacji specjalistycznych dla pacjentów SP ZOZ we Włodawie

2) ZADANIE NR 2:zł brutto za 1 zrealizowany punkt grupy JGP, zweryfikowany i potwierdzony/uznaniowy przez Narodowy Fundusz Zdrowia. (w tym wykonywanie badań niezbędnych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych)**

3) ZADANIE NR 3: zł brutto za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnej ordynacji (dyżur medyczny) w Oddziale Internistycznym i Geriatrycznym w SP ZOZ we Włodawie

2. Proponowana liczba godzin udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach normalnej ordynacji przez Przyjmującego Zamówienie wynosi godziny miesięcznie.

W przypadku zapotrzebowania Udzielającego Zamówienia na większą ilość godzin udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych, za zgodą obu Stron, ilość godzin może ulec zwiększeniu.

3. Proponowana liczba godzin udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych poza normalną ordynacją (dyżur medyczny) przez Przyjmującego Zamówienie wynosi godzin miesięcznie.

**** Poradnia:**

- wartość ilości punktowej nie obejmuje współczynników ilościowych przyznanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla Szpitala (np. Akredytacja, ISO i inne)

4. Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych:

- poniedziałek – od godziny do godziny,
- wtorek - od godziny do godziny,
- środa - od godziny do godziny,
- czwartek - od godziny do godziny,
- piątek - od godziny do godziny,
- sobota - od godziny do godziny

IV . Oświadczenie:

1. W okresie trwania umowy zapewnięm niezmiennosc cen.
2. Oferuję termin płatności dni od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu Przyjmującego Zamówienie na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w MI, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na możliwość przedłużenia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w drodze aneksu o kolejne 12 miesięcy po upływie terminu jej obowiązywania.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
7. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz załącznikami nr 3 i 4 i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
8. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
9. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
11. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.
12. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienia harmonogramem.

VI. Do oferty załączam:

1. odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą/zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*,
2. aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego/wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*,
3. umowa spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej) *,
4. prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych,
5. dyplom lekarza,
6. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe – w tym specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji/zaświadczenie o odbywaniu specjalizacji/karta szkolenia specjalizacyjnego):
 - 1)
 - 2)
 - 3)
7. (inne dokumenty – wskazać jakie).

*-niewłaściwe skreślić

.....
(pieczętka i podpis Przyjmującego Zamówienie)

.....
(miejscowość i data)

