

O F E R T A

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZY
W ZAKRESIE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W WARCE
W OKRESIE OD DNIA 01 LUTEGO 2018 R. DO DNIA 31 MAJA 2019 R.**

1. Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie:

.....

2. Nazwa (firma) Przyjmującego Zamówienie określona w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (jeżeli dotyczy):

.....

3. Numer NIP Przyjmującego Zamówienie:

.....

4. Numer REGON Przyjmującego Zamówienie (jeżeli dotyczy):

.....

5. Adres Przyjmującego Zamówienie:

.....
.....

6. Adres do korespondencji Przyjmującego Zamówienie:

.....

7. Telefon, FAX, adres e-mail Przyjmującego Zamówienie:

.....
.....

8. Oferowana wysokość stawki za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

1) stawka godzinowa za normalne dni robocze lekarzy:

9. Oferowana liczba godzin udzielania przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w miesiącu:

1) Zaznacz właściwe:

- 1) do 56 godzin
- 2) od 57 do 80 godzin
- 3) od 81 do 160 godzin

10. Kwalifikacje lekarzy - zaznacz właściwe:

- 1) bez specjalizacji/w trakcie specjalizacji do 2 lat
- 2) w trakcie specjalizacji - 2 lata i powyżej 2 lat
- 3) ze specjalizacją

11. Oświadczam, że:

- a) zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Uzupełniającego Konkursu Ofert, wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i materiałami informacyjnymi oraz, że nie wnoszę w tym zakresie jakichkolwiek zastrzeżeń,
- b) akceptuję Szczegółowe Warunki Uzupełniającego Konkursu Ofert oraz warunki umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zaproponowane przez Udzielającego Zamówienia,
- c) wszystkie załączone do niniejszej oferty dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
- d) spełniam wszystkie warunki określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- e) zobowiązuję się do wykonywania usług z należytą starannością swego działania wymaganą od profesjonalisty i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod,
- f) W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się dostarczyć Udzielającemu Zamówienie najpóźniej na 2 dni robocze przed upływem określonego w SWKO terminu na zawarcie umowy następujących dokumentów:
 - kopię zaświadczenia o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich we właściwej Izbie Lekarskiej,¹
 - kopię wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym stanowi Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. 2015.618 z późn. zm.) potwierdzającą że SP ZOZ ujawniony został w tym rejestrze jako miejsce wykonywania indywidualnej praktyki lekarskiej przez Przyjmującego Zamówienie,²

¹ Tylko jeżeli dotyczy osoby prowadzącej działalność gospodarczą - w pozostałych przypadkach postanowienie te należy wykreślić.

² Tylko jeżeli dotyczy osoby prowadzącej działalność gospodarczą – w pozostałych przypadkach postanowienia te należy wykreślić.

- kopie dokumentów polisy aktualnego ubezpieczenia w zakresie następstw zakażenia się ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), obejmującego w szczególności profilaktyczne leczenie ze styczności z wirusem HIV, do której może dojść w trakcie wykonywania świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Warce.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niewykonania powyższego obowiązku Udzielający Zamówienie uprawniony będzie do nie zawarcia ze mną umowy na udzielanie świadczeń objętych przedmiotem konkursu, i nie będą mi w takim przypadku przysługiwały z tego tytułu jakiegokolwiek roszczenia wobec Udzielającego Zamówienia

- g) umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych będę realizował zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia,
- h) zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia, o których dowiedziałem się w związku z przystąpieniem do niniejszego konkursu, a których ujawnienie stanowiłoby czyn nieuczciwej konkurencji,
- i) znane są mi przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. 2016 poz.1638) oraz ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz. U. Dz. U. 2016 po. 963),
- j) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2016 poz. 922) na potrzeby konkursu oraz umowy zawartej w jego wyniku,
- k) będę związany niniejszą ofertą przez okres _____ dni od daty zakończenia terminu składania ofert.

data, czytelny podpis Przyjmującego Zamówienie

ZALĄCZNIKI³:

- 1) kopia zaświadczenia o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej ,
 - 2) kopia decyzji o nadaniu numeru NIP,
 - 3) kopia decyzji o nadaniu numeru REGON
 - 4) kopia dokumentu polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 listopada 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 r., Nr 293, poz. 1729),
 - 5) kopia prawa wykonywania zawodu,
 - 6) kopia dokumentu potwierdzającego posiadanie specjalizacji
 - 7) kopia orzeczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 8) kopia decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w sprawie upoważnienia do wystawienia zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy
 - 9) oświadczenia Przyjmującego Zamówienie że wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu lekarza i specjalizacji, numeru telefonu stacjonarnego i komórkowego wyłącznie dla celów umowy, oraz imienia, nazwiska oraz miejscowości zamieszkania do celów konkursu.
-

data, czytelny podpis Przyjmującego Zamówienie

³ Należy wykreślić załączniki, które nie są składane.