

O F E R T A

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZY
W ZAKRESIE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W WARCE
W OKRESIE OD DNIA 01 LIPCA 2019 R. DO DNIA 30 CZERWCA 2020 R.**

1. Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie:

.....

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

.....

3. Numer NIP Przyjmującego Zamówienie:

.....

4. Numer REGON Przyjmującego Zamówienie:

.....

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:

..... złotych

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

1) Zaznacz właściwe:

- 1) do 36 godzin
- 2) od 37 do 100 godzin
- 3) powyżej 100 godzin, tj.: godzin

UWAGA: W przypadku zaznaczenia pkt. c Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest wskazać konkretną liczbę oferowanych godzin świadczenia usług w miesiącu kalendarzowym

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 Konkursu Ofert, wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i materiałami informacyjnymi oraz, że nie wnoszę w tym zakresie jakichkolwiek zastrzeżeń,
- b) akceptuję Szczegółowe Warunki 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) jestem upoważniony/-a do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy,
- g) jestem objęty/-a obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej, na warunkach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 listopada 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, obejmującego w szczególności

odpowiedzialność z tytułu zakażenia chorobami zakaźnymi, w tym ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV),

h) 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 decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w sprawie upoważnienia mnie do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy,
- kopię dokumentu polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, na warunkach określonych w Rozporządzeniu 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), obejmującego w szczególności odpowiedzialność z tytułu zakażenia chorobami zakaźnymi, w tym ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV).

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,

i) w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się najpóźniej w terminie 14 dni od daty zawarcia ze mną umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- uzyskać wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym stanowi Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.), zgodnie z którym SP ZOZ ujawniony zostanie w tym rejestrze jako miejsce wykonywania przeze mnie indywidualnej praktyki lekarskiej,
- przedstawić Udzielającemu Zamówienia kopie dokumentów potwierdzających objęcie mnie ubezpieczeniem 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,

- j) umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych będę realizował zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia,
- k) 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,
- l) znane są mi przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 poz. 2190) oraz ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 poz. 300),
- m) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2018 poz. 1000) na potrzeby konkursu oraz umowy zawartej w jego wyniku,
- n) będę związany niniejszą ofertą przez okres _____ dni od daty zakończenia terminu składania ofert.

data, czytelny podpis Przyjmującego Zamówienie

ZAŁĄCZNIKI²:

- 1) kopia zaświadczenia o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej ,
- 2) kopia prawa wykonywania zawodu,
- 3) kopia dokumentu potwierdzającego posiadanie specjalizacji
- 4) oświadczenia Przyjmującego Zamówienie że wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu lekarza i

² Należy wykreślić załączniki, które nie są składane.

specjalizacji, numeru telefonu stacjonarnego i komórkowego wyłącznie dla celów umowy, oraz imienia, nazwiska oraz miejscowości zamieszkania do celów konkursu.

data, czytelny podpis Przyjmującego Zamówienie