

FORMULARZ OFERTOWY

.....
(Dane oferenta*)

.....
(Adres*)

.....
(telefon*)

.....
(Nr wpisu do właściwego rejestru – księgi rejestrowej
i oznaczenie organu dokonującego wpisu*)

**107 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ
ul. Kołobrzeska 44, 78-600 Wałcz**

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 107 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią SPZOZ w zakresie*:

.....
.....
.....
Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienie.

Proponowane kwoty należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach przedmiotu konkursu przez podmioty, o których mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018. poz. 2190) oraz proponowana ilość świadczeń (w godzinach na miesiąc).

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach:

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziałach szpitalnych w dni powszednie (od poniedziałku do piątku)

..... zł brutto za 1 godz. świadczenia usług*.

2. pełnienie dyżurów medycznych stacjonarnych w Szpitalu w dni powszednie (od poniedziałku do piątku)

za 1 dyżur -zł brutto (słownie:.....)

3. pełnienie dyżurów medycznych stacjonarnych w Szpitalu w soboty, niedzielę i święta

za 1 dyżur–zł brutto (słownie:.....)

4. pełnienie dyżurów gotowości w dni powszednie (od poniedziałku do piątku)

za 1 dyżur–zł brutto (słownie:.....)

5. pełnienie dyżurów gotowości w soboty, niedzielę i święta

za 1 dyżur–zł brutto (słownie:.....)

6. udzielanie świadczeń medycznych w Poradniach (pracowniach, zakładach) Specjalistycznych w ramach umów zawartych przez Zamawiającego z NFZ.

za każdy punkt wypracowany w Poradni
oraz uznany i sfinansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia - zł brutto
(słownie.....)

Uwaga : w przypadku gdy w wycenie punktowej porady są zawarte badania diagnostyczne nie wykonywane bezpośrednio przez oferenta wartość punktową porady obniża się o wartość punktów przeznaczoną na wykonanie tych badań zgodnie z zasadami określonymi w Zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów.

7. udzielanie świadczeń medycznych w Poradniach (pracowniach, zakładach) Specjalistycznych w ramach umów zawartych przez Zamawiającego z innymi podmiotami.

Za każdą poradę/konsultację/badanie w Poradni-zł brutto
(słownie

8. udzielanie świadczeń medycznych w pracowniach i zakładach diagnostycznych

- Za badanie-zł brutto
(słownie
- Za badanie.....-zł brutto
(słownie
-)
- Za badanie-zł brutto
(słownie
-)
- Za badanie-zł brutto
(słownie.....)
- Za badanie-zł brutto
(słownie

(Do oferty w tym zakresie określonym w punkcie 6, 7 i 8 należy dołączyć proponowany harmonogram udzielania świadczeń!)

9. udzielanie świadczeń zdrowotnych w poradni podstawowej opieki zdrowotnej w dni powszednie (od poniedziałku do piątku)

..... zł brutto za 1 godz. świadczenia usług.

10. pełnienie dyżurów medycznych stacjonarnych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

...../.... zł brutto za 1 godz. świadczenia usług.

11. Ilość oferowanych świadczeń:

deklaruję, iż miesięcznie będę udzielał/a świadczenia medyczne

w ilości godzin (słownie:)

12. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

na okres od 20.....r. do..... 20..... r.

W załączeniu przedkładam:

- a) kserokopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej obowiązkowego ubezpieczenia O. C.,
- b) kserokopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje,
- c) kserokopię prawa wykonywania zawodu,
- d) kserokopię dokumentu potwierdzającego nadanie numeru NIP,
- e) kserokopię dokumentu potwierdzającego nadanie numeru REGON,
- f) kserokopię dokumentu potwierdzającego wpis do Rejestru prowadzonego w Okręgowej Izbie Lekarskiej lub wpis do Rejestru Wojewody,
- g) kserokopię dokumentu potwierdzającego wpis do Ewidencji Działalności Gospodarczej lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego,
- h) aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu,
- i) proponowany harmonogram udzielania świadczeń – dotyczy zakresów oznaczonych w formularzu ofertowym.

Oświadczam, że zapoznałem/am/ się treścią ogłoszenia oraz z Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.

Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Dyrektora Szpitala.

Jestem związany/na niniejszą ofertą przez czas wskazany w Regulaminie przeprowadzania konkursu ofert tj. 30 dni od daty zakończenia terminu składania ofert.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018.1000).

Obowiązek informacyjny na temat ochrony danych osobowych znajduje się w BIP, zakładka Prawo – Obowiązek informacyjny wobec kontrahentów.

.....
/data sporządzenia oferty/

.....
/pieczęć i podpis oferenta/