

.....
pieczęćka Oferenta

..... dnia

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chirurgii – Centrum Leczenia Kamicy w SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie ortopedii:

- 1. udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chirurgii – Centrum Leczenia Kamicy**
- 2. udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgicznej
zwanymi dalej łącznie „świadczeniami”.**

Znak: KOŚZ/13/2018

I. DANE OFERENTA

1. Imię i nazwisko Oferenta

.....

2. Adres z kodem

3. tel. fax

4. NIP REGON

5. Nr wpisu do rejestru specjalistycznych indywidualnych praktyk lekarskich,
prowadzonego przez właściwą Okręgową Radę Lekarską

.....

6. Kopia wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej)

.....

7. Nr prawa wykonywania zawodu

8. Nr dokumentu specjalizacji

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chirurgii – Centrum Leczenia Kamicy w SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie ortopedii:

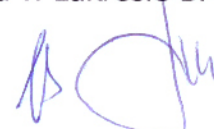
- udzielania świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chirurgii – Centrum Leczenia Kamicy

- w Poradni Chirurgicznej

zwanymi dalej łącznie („świadczenia zdrowotne”), zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO, na zasadach określonych w SWKO i umowie, której wzór stanowi załącznik nr 3 do SWKO.

2. Oświadczam, że posiadam wszystkie odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz, że prawo do wykonywania zawodu lekarza nie zostało zawieszone.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom lekarskim, niezbędnym do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz na odbycie szkolenia w zakresie BHP.



4. Oświadczam, że oferowane świadczenia będą wykonywane przeze mnie osobiście, na poziomie zgodnym z przyjętymi u Zamawiającego standardami oraz z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP.

III. WARTOŚĆ OFERTY

Oferuję cenę:

- za wykonane zabiegi operacyjne w wysokości% wartości wyrażonej w zł poprawnie sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia produktów jednostkowych (grup) dedykowanych do sprawozdania świadczeń określonych w katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów będących załącznikiem do aktualnie obowiązującego Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.
- za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgicznej% iloczynu ceny jednostki rozliczeniowej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obliczonej zgodnie z aktualnie obowiązującymi zarządzeniami Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna i wartości punktowej ambulatoryjnej grupy świadczeń specjalistycznych wszystkich udzielonych przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgicznej i rozliczonych z Narodowym Funduszem Zdrowia zgodnie z aktualnie obowiązującymi zarządzeniami Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, według zatwierdzonego przez Udzielającego Zamówienia harmonogramu realizacji świadczeń.

IV. ISTOTNE WARUNKI UMOWY

1. Oświadczam, że akceptuję i nie zgłaszam zastrzeżeń do postanowień zawartych we wzorze umowy, stanowiącym załącznik nr 3 do SWKO i zobowiązuję się do zawarcia umowy na wskazanych warunkach i w terminie określonym przez Zamawiającego.
2. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej lub zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem umowy przed zawarciem umowy. Zobowiązuję się do dostarczenia kopii polisy Zamawiającemu najpóźniej w dniu poprzedzającym zawarcie umowy.
3. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych maks. godzin w miesiącu, w terminach wyznaczonych wg harmonogramu ustalonego przez Zamawiającego.

V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ogólnymi warunkami umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że w okresie ostatnich pięciu lat poprzedzających termin składania ofert w niniejszym konkursie SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym nie rozwiązał ze mną umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Termin ważności oferty wynosi 30 dni od terminu składania ofert.



ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY *

1. kopia wpisu do rejestru Indywidualnych specjalistycznych Praktyk lekarskich lub oświadczenie o złożeniu wniosku o rejestrację praktyki w OIL. (zaświadczenie pobrane on-line)
2. kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (zaświadczenie on-line)
3. kopia nadania numeru REGON
4. kopia nadania numeru NIP
5. kopia dyplomu uzyskania tytułu lekarza
6. Kopia prawa wykonywania zawodu lekarza
7. kopia posiadanych specjalizacji
8. kopia dyplomów ukończonych kursów
9. kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub oświadczenie o przedłożeniu/doniesieniu polisy OC zgodnie z przepisami obowiązującymi od 01.07.2011r.
10. zaświadczenie tj. dokument potwierdzający aktualne badania lekarskie, niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych oraz aktualne szkolenia w zakresie BHP.
11. CV

podpis osoby umocowanej do reprezentowania Oferenta

