

.....
pieczęć Oferenta

..... dnia

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chirurgii – Centrum Leczenia Kamicy SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu zwanymi dalej łącznie „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/10/2023

I. DANE OFERENTA

1. Imię i nazwisko Oferenta
2. Adres z kodem
3. tel. MAIL
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
9. PESEL, Nazwisko Rodowe, Imię Ojca,
Imię Matki, Data Urodzenia

II. OŚWIADCZENIA OFERENTA

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chirurgii – Centrum Leczenia Kamicy w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu zwanymi dalej „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, posiadam badania lekarskie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz szkolenie 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.
5. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na upublicznienie moich danych osobowych (nazwę / firmę lub imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania) w rozstrzygnięciu konkursu ofert na tablicy ogłoszeń w siedzibie zamawiającego.

III. WARTOŚĆ OFERTY

Oferuję cenę:

a) za wykonane zabiegi operacyjne w wysokości:

- PZH05 średnie zabiegi na kończynie dolnej <18 r.ż: zł
PZH07 średnie zabiegi na kończynie górnej <18 r.ż: zł
PZH11 mniejsze złamania lub zwichnięcia < 18 r.ż.: zł
PZH13 mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich <18 r.ż.: zł
PZH12 średnie zabiegi na tkankach miękkich < 18 r.ż.: zł
PZH10 złamania lub zwichnięcia w obrębie kończyny górnej < 18 r.ż.: zł
PZH06 duże zabiegi na kończynie górnej < 18 r.ż.: zł
PZH04 duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy < 18 r.ż.: zł
PZH09 złamania lub zwichnięcia w obrębie miednicy lub kończyny dolnej < 18 r.ż.: zł
PZH14 zabiegi rekonstrukcyjne deformacji układu kostno-stawowego < 18 r.ż.: zł

d) za wykonane zabiegi operacyjne nie objęte wyżej wymienionymi JGP (Jednorodnymi Grupami Pacjentów) w wysokości % iloczynu liczby punktów poprawnie sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia produktów jednostkowych (JGP) określonych w katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów będących załącznikiem do aktualnie obowiązującego Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne oraz ceny za punkt wynikającej z umowy zawartej pomiędzy Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym a Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie świadczeń Chirurgia Dziecięca Hospitalizacja w danym okresie rozliczeniowym

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 min. 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 dyplomu uzyskania tytułu lekarza
4. Kopie prawa wykonywania zawodu lekarza
5. kopia posiadanych specjalizacji
6. kopie dyplomów ukończonych kursów
7. kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub oświadczenie o przedłożeniu/doniesieniu polisy OC zgodnie z przepisami obowiązującymi od 01.07.2011r.
8. zaświadczenie, tj. dokument potwierdzający aktualne badania lekarskie, niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych oraz aktualne zaświadczenie o szkoleniu w zakresie BHP.
9. oświadczenie oferenta iż kopie złożone w ofercie są zgodne z posiadanymi oryginałami.
10. CV

podpis osoby umocowanej do reprezentowania Oferenta