

.....
pieczętka Oferenta

..... dnia

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Otolaryngologii, w Poradni Otolaryngologicznej oraz innych komórkach organizacyjnych SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie chirurgii szczękowej zwanymi dalej łącznie „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/06/2023

I. DANE OFERENTA

1. Imię i nazwisko Oferenta
.....
2. Adres zamieszkania z kodem pocztowym
3. tel. e-mail
4. NIP REGON
5. Nr wpisu do rejestru specjalistycznych indywidualnych praktyk lekarskich, prowadzonego przez właściwą Okręgową Radę Lekarską.....
6. Nr prawa wykonywania zawodu
7. Nr dokumentu specjalizacji
8. PESEL, Nazwisko Rodowe, Imię Ojca,
Imię Matki, Data Urodzenia

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w szczególności w Klinicznym Oddziale Otolaryngologii, w Poradni Otolaryngologicznej oraz innych komórkach organizacyjnych SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie chirurgii szczękowej 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, 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 udzielenie świadczeń zdrowotnych w Poradni Otolaryngologicznej w wysokości zależnej od rodzaju wykonanych porad:

* porada recepturowa kod W01: zł

* porada podstawowa kod W11 i W01: zł

* porada specjalistyczna kody od W12 do W20: zł

* porada zabiegowa wszystkie świadczenia zabiegowe: zł

według zatwierdzonego przez Udzielającego Zamówienia harmonogramu i sprawozdania uwzględniającego datę i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych.

b) za wykonane zabiegi operacyjne w wysokości:

PZC05 kompleksowe zabiegi szczękowo-twarzowe: zł

PZC06 duże zabiegi szczękowo-twarzowe: zł

PZC07 duże zabiegi szczękowo-twarzowe: zł

PZC02 duże zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani poniżej 18 r.ż: zł

c) 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 leczenia szpitalne oraz świadczenia wysokospecjalistyczne oraz ceny za punkt wynikającej z umowy zawartej pomiędzy Samodzielnym Zespołem Publicznym Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym a Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie świadczeń Laryngologia 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
9. kopia aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w zakresie BHP
10. kopia aktualnego zaświadczenia potwierdzającego zdanie egzaminu w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta
11. oświadczenie oferenta iż kopie złożone w ofercie są zgodne z posiadanymi oryginałami.
12. CV

podpis osoby umocowanej do reprezentowania Oferenta