

.....
pieczęćka Oferenta

..... dnia

O F E R T A

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym na Oddziale Anestezjologii, na Bloku Operacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii zwanymi dalej „świadczeniami zdrowotnymi”.

Znak: KOSZ/ 21 /2023

I. DANE OFERENTA

1. Imię i nazwisko Oferenta

.....

2. Adres z kodem

3. tel. MAIL

4. NIP REGON

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

6. Nr prawa wykonywania zawodu

7. Nr dokumentu specjalizacji

8. PESEL: Imię Ojca Imię Matki
Nazwisko Rodowe

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych na Oddziale Anestezjologii na Bloku Operacyjnym Udzielającego Zamówienie, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO, na zasadach określonych w SWKO oraz ogólnych warunkach umowy, której wzór stanowi załącznik nr. 3 do SWKO .
2. W ramach świadczeń zdrowotnych określonych powyżej, zobowiązuję się udzielić świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii a w szczególności: anestezjologii intensywnej terapii resuscytacji, leczenia bólu a także sedacji, jak również diagnostyki, leczenia udzielania porad lekarskich, udzielania konsultacji i pomocy lekarskiej innych komórkach organizacyjnych Udzielającego Zamówienie, wydawania orzeczeń lekarskich jak również wykonywania innych czynności wynikających z procedur medycznych oraz warunków współpracy z personelem Udzielającego Zamówienie.
3. Oświadczam, że posiadam wszystkie odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz, że prawo do wykonywania zawodu nie zostało zawieszane.
4. Oświadczam, iż posiadam badania lekarskie, niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz szkolenie w zakresie BHP.
5. 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.
6. 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

Za realizację przedmiotu zamówienia oferuje niżej wskazane stawki:

- zł. brutto (słownie: zł i 00/100) - za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych na Oddziale Anestezjologii, na Bloku Operacyjnym

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, nie więcej **niż 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) lub
3. kopia nadania numeru REGON i kopia nadania numeru NIP
4. kopia dyplomu uzyskania tytułu lekarza
5. kopie prawa wykonywania zawodu lekarza
6. kopia posiadanych specjalizacji
7. kopie dyplomów ukończonych kursów
8. kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub oświadczenie o przedłożeniu/doniesieniu polisy OC zgodnie z przepisami obowiązującymi od 01.07.2011r.
9. zaświadczenie tj. dokument potwierdzający aktualne badania lekarskie, niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych
10. zaświadczenie tj. dokument potwierdzający aktualne szkolenia w zakresie BHP
11. oświadczenie o zgodności z oryginałem wszystkich kopii dokumentów złożonych w ramach oferty.
12. CV

Podpis oferenta lub osoby umocowanej do reprezentowania Oferenta