

.....
pieczęć Oferenta

..... dnia

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej zwanymi dalej łącznie „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/12/2023

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. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Diagnostyki SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej 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) zł brutto (słownie: zł brutto) za jedną godzinę udzielania świadczeń w siedzibie Udzielającego Zamówienia w zakresie świadczeń radiologicznych w dni powszednie zgodnie z grafikiem, obejmujące: wykonanie i opis badań RTG z kontrastem, opis badań RTG, prowadzenie i opis badań TK pod nadzorem specjalisty radiologii i diagnostyki obrazowej, wykonanie i opis badań USG zgodnie z harmonogramem zatwierdzonym przez Dyrektora Szpitala lub Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych
- b) zł brutto (słownie: zł brutto) – za jedną godzinę dyżuru poza siedzibą Udzielającego Zamówienia (gotowość przyjazdu do Szpitala w celu wykonania i opisu badań USG w dni powszednie od poniedziałku do piątku) zgodnie z harmonogramem zatwierdzonym przez Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych

- c) zł brutto (słownie: zł brutto) – za jedną godzinę dyżuru poza siedzibą Udzielającego Zamówienia (gotowość przyjazdu do Szpitala w celu wykonania i opisu badań USG w soboty, niedziele, święta i dni dodatkowo wolne od pracy od godziny 08:00 do godziny 08:00 dnia następnego) zgodnie z harmonogramem zatwierdzonym przez Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych
- d) zł brutto (słownie: zł brutto) - za wykonanie i opis badania USG na wezwanie przez lekarza Szpitala na podstawie wpisu w systemie o treści „pilne” lub „cito” z dyżuru „pod telefonem”.

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 lub dokument potwierdzający ukończenie min. 3 roku 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