

.....
pieczęćka Oferenta

..... dnia

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Otolaryngologii, w Poradni Otolaryngologicznej SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie otorynolaryngologii zwanymi dalej łącznie „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/19/2023

I. DANE OFERENTA

1. Imię i nazwisko Oferenta:
.....
2. Adres zamieszkania z kodem pocztowym
.....
3. tel. 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: Data Urodzenia:
9. Nazwisko Rodowe: Imię Ojca:
Imię Matki:

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Otolaryngologii, w Poradni Otolaryngologicznej w zakresie otorynolaryngologii 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:

1) zł brutto za godzinę pracy na oddziale i godzinę dyżuru (w przypadku dyżuru pod telefonem bez wezwania zł za godzinę)

2) za udzielenie świadczeń zdrowotnych w Poradni Otolaryngologicznej zależnej od rodzaju wykonywanych porad:

a) porada recepturowa kod W02: zł

b) porada podstawowa kod W11 i W01: zł

c) porada specjalistyczna kody od W12 do W20: zł

d) porada zabiegowa wszystkie świadczenia zabiegowe: zł

3) za wykonane zabiegi operacyjne w wysokości :

PZC01	Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani < 18 r.ż. *	 zł
PZC02	Duże zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani < 18 r.ż. *	 zł
PZC03	Usunięcie migdałków i inne zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani < 18 r.ż. *	 zł
PZC04	Małe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani < 18 r.ż. *	 zł
PZC05	Kompleksowe zabiegi szczękowo-twarzowe < 18 r.ż. *	 zł
PZC06	Duże zabiegi szczękowo-twarzowe < 18 r.ż. *	 zł
PZC07	Średnie zabiegi szczękowo-twarzowe < 18 r.ż. *	 zł
PZC08	Małe zabiegi szczękowo-twarzowe < 18 r.ż. *	 zł
PZC09	Rozległe zabiegi korekcyjne wad wrodzonych twarzoczaszki, jamy ustnej i gardła < 18 r.ż. *	 zł
PZC10	Kompleksowe zabiegi korekcyjne wad wrodzonych twarzoczaszki, jamy ustnej i gardła < 18 r.ż. *	 zł
PZC11	Duże zabiegi korekcyjne wad wrodzonych twarzoczaszki, jamy ustnej i gardła < 18 r.ż. *	 zł
PZC12	Średnie zabiegi korekcyjne wad wrodzonych twarzoczaszki, jamy ustnej i gardła < 18 r.ż. *	 zł
PZC13	Małe zabiegi korekcyjne wad wrodzonych twarzoczaszki, jamy ustnej i gardła < 18 r.ż. *	 zł
PZC14	Kompleksowe zabiegi uszu < 18 r.ż. *	 zł
PZC15	Duże zabiegi uszu < 18 r.ż. *	 zł
PZC16	Średnie zabiegi uszu < 18 r.ż. *	 zł
PZC17	Małe zabiegi uszu < 18 r.ż. *	 zł
PZC18	Kompleksowe zabiegi nosa < 18 r.ż. *	 zł
PZC19	Duże zabiegi nosa < 18 r.ż. *	 zł
PZC20	Średnie zabiegi nosa < 18 r.ż. *	 zł
PZC21	Małe zabiegi nosa < 18 r.ż. *	 zł
PZC22	Duże zabiegi endoskopowe < 18 r.ż. *	 zł
PZC23	Średnie zabiegi endoskopowe < 18 r.ż. *	 zł

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