

.....
pieczęć Oferenta

..... dnia

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej oraz na Bloku Operacyjnym SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, oraz w trybie zdalnym poza SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym w zakresie usług radiologicznych zwanymi dalej łącznie „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/25/2023

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 Zakładzie Diagnostyki Obrazowej i na Bloku Operacyjnym SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym oraz w trybie zdalnym poza siedzibą 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 grafiką, obejmujące: wykonanie i opis badań RTG z kontrastem, opis badań RTG, prowadzenie i opis badań TK, wykonanie i opis badań USG w tym badań USG -ESWL lub innych badań 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 20:00) 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
6. oświadczenia potwierdzającego wykonywanie 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 oraz aktualne zaświadczenie o szkoleniu w zakresie BHP.
10. oświadczenie oferenta iż kopie złożone w ofercie są zgodne z posiadanymi oryginałami.
11. CV

podpis osoby umocowanej do reprezentowania Oferenta