

.....
pieczętka Oferenta

..... dnia

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Otorynolaryngologii, Bloku Operacyjnym- część laryngologiczna, Poradni Otorynolaryngologicznej SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie otorynolaryngologii dziecięcej zwanymi dalej łącznie „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/38/2023

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, Data Urodzenia

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Otorynolaryngologii, Bloku Operacyjnym- część laryngologiczna, Poradni Otorynolaryngologicznej SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie otorynolaryngologii dziecięcej 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, że posiadam orzeczenie 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) w rozstrzygnięciu konkursu ofert na tablicy ogłoszeń w siedzibie zamawiającego.

III. WARTOŚĆ OFERTY

Oferuję cenę:

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

- zł brutto za godzinę pracy w Klinicznym Oddziale Otorynolaryngologii
- zł brutto za godzinę dyżuru pod telefonem bez wezwania
- za udzielenie świadczeń zdrowotnych w Poradni Otolaryngologicznej zależnej od rodzaju wykonywanych porad:
 - * porada recepturowa kod W02 zł
 - * porada podstawowa kod W11 i W01 zł
 - * porada specjalistyczna kody od W12 do W20 zł
 - * porada zabiegowa wszystkie świadczenia zabiegowe (z oznaczeniem Z) 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.

podpis osoby umocowanej do reprezentowania Oferenta