

.....
(pieczęćka)

FORMULARZ OFERTOWY

(w przypadku przedsiębiorcy wpisanego do KRS)

....., z siedzibą w przy
ulicy, posiadającym REGON: oraz NIP:
wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy
..... Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod
numerem KRS:, Reprezentowanym przez

(w przypadku przedsiębiorcy wpisanego do
Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej)

(imię i nazwisko), przedsiębiorcą
działającym pod firmą z siedzibą w przy ulicy
....., posiadającym REGON: oraz NIP:, wpisanym do
Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

Oferta na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów w Klinicznym Oddziale Chirurgii – Centrum Leczenia Kamicy oraz w Poradni Otolaryngologicznej SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym w zakresie chirurgii szczękowo- twarzowej

Oferuję wykonanie przedmiotu konkursu (w skali 12 miesięcy) za kwotę:

1) wartość netto: zł (słownie złotych:.....)

wartość brutto: zł (słownie złotych:)

- za wykonane zabiegi operacyjne w wysokości:

	JGP	Wynagrodzenie brutto w złotych
Kompleksowe zabiegi szczękowo-twarzowe	PZC05	
Duże zabiegi szczękowo-twarzowe	PZC06	
Średnie zabiegi szczękowo-twarzowe	PZC07	
Duże zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani < 18 r.ż.	PZC02	

- 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): zł

Za wykonane zabiegi operacyjne nie objęte wyżej wymienionymi JGP (Jednorodnymi Grupami Pacjentów) w wysokości % iloczynu liczby punktów poprawnie sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia produktów jednostkowych (JGP) określonych w katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów będących załącznikiem do aktualnie obowiązującego Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne oraz ceny za punkt wynikającej z umowy zawartej pomiędzy Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym a Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie świadczeń Chirurgia Dziecięcia Hospitalizacja w danym okresie rozliczeniowym,

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie dotyczącym udzielania zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
2. Zapoznałem się ze „Szczegółowymi Warunkami Konkursu ” wraz z załącznikami, w tym z projektem umowy i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i w terminie określonym przez Zleceniodawcę zamówienia.
4. Posiadam uprawnienia niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu specjalistycznych usług medycznych będących przedmiotem konkursu/dysponuję potencjałem kadrowym do wykonywania przedmiotu umowy, który posiada uprawnienia niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu specjalistycznych usług medycznych będących przedmiotem konkursu.
5. Znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej prawidłowe wykonanie przedmiotu konkursu, w tym nie zalegam w opłacaniu składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz podatków i opłat.
6. Nie została ze mną rozwiązana żadna umowa z powodu nienależytego wykonywania świadczenia usług medycznych.
7. Zobowiązuję się najpóźniej w dniu podpisania umowy na udzielanie usług medycznych będących przedmiotem konkursu, przedstawić dokument potwierdzający posiadanie ubezpieczenia OC w zakresie prowadzonej działalności, spełniającej warunki określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu.
8. Nie pozostaję w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa wobec osób pełniących funkcje kierownicze w SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym.

9. 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 oraz na stronie internetowej SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym.

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 odpis z KRS nie starszy niż sprzed 3 miesięcy
3. kopia dyplomu uzyskania tytułu lekarza
4. Kopie prawa wykonywania zawodu lekarza
5. kopia posiadanych specjalizacji
6. kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub oświadczenie o przedłożeniu/doniesieniu polisy OC zgodnie z przepisami obowiązującymi od 01.07.2011r.
7. zaświadczenie, tj. dokument potwierdzający aktualne badania lekarskie, niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych
8. kopia aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w zakresie BHP
9. oświadczenie oferenta iż kopie złożone w ofercie są zgodne z posiadanymi oryginałami.

....., dnia.....
(miejscowość)

.....
(podpis osoby uprawnionej do składania
oświadczeń w imieniu składającego ofertę)

*właściwe podkreślić