

.....
pieczęć Oferenta

..... dnia

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chorób Płuc oraz w Poradni Leczenia Mukowiscydozy SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie alergologii dziecięcej, w zakresie szczegółowym - kwalifikacja i wykonywanie prób prowokacyjnych alergenowych, zwanymi dalej „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/27/2024

I. DANE OFERENTA

1. Imię i nazwisko Oferenta

.....

2. Adres z kodem

.....

3. tel. e-mail

4. NIP REGON

5. Nr dyplomu potwierdzającego ukończenie studiów

6. Nr dyplomu specjalizacji

7. Nr dokumentu potwierdzającego uprawnienia

8. PESEL, Data urodzenia

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chorób Płuc oraz w Poradni Leczenia Mukowiscydozy SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie alergologii dziecięcej, w zakresie szczegółowym - kwalifikacja i wykonywanie prób prowokacyjnych alergenowych („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 badania lekarskie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz szkolenie w zakresie BHP.
4. Oświadczam, że posiadam zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.

5. 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.
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na upublicznienie moich danych osobowych (nazwę/firmę lub imię i nazwisko) w rozstrzygnięciu konkursu ofert na stronie internetowej Zamawiającego.

III. WARTOŚĆ OFERTY

Oferuję cenę:

- zł brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń w siedzibie Udzielającego Zamówienie w zakresie alergologii dziecięcej, w zakresie szczegółowym - kwalifikacja i wykonywanie prób prowokacyjnych alergenowych w Klinicznym Oddziale Chorób Płuc oraz w Poradni Leczenia Mukowiscydozy, wyszczególnionych w Załączniku nr 2 do SWKO, według zatwierdzonego przez Udzielającego Zamówienia harmonogramu realizacji świadczeń.

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. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą lub oświadczenie o złożeniu wniosku o wpis.
2. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego.
3. Kserokopia dyplomu uzyskania tytułu lekarza.
4. Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza.
5. Kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe, w tym dyplom specjalizacji/kursów.

6. Kserokopia polisy lub pisemne zobowiązanie się oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
7. Aktualne orzeczenie lekarskie wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych oraz aktualne zaświadczenie o szkoleniu w zakresie BHP.
8. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.
9. Oświadczenie o zamieszkiwaniu/nie zamieszkiwaniu w ciągu ostatnich 20 lat w krajach, innych niż Rzeczypospolita Polska.
10. Oświadczenie oferenta, że kopie złożone w ofercie są zgodne z posiadanymi oryginałami.
11. CV.

podpis osoby umocowanej do reprezentowania Oferenta