

.....
pieczęć Oferenta

..... dnia

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chirurgii- Centrum Leczenia Kamicy, oraz w Poradni Chirurgicznej , SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie pełnienia dyżurów lekarskich i udzielania świadczeń w Poradni Chirurgicznej, zwanymi dalej łącznie „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/41/2024

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. PESEL, Data Urodzenia

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chirurgii- Centrum Leczenia Kamicy oraz w Poradni Chirurgicznej SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie pełnienia dyżurów lekarskich 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 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, ppoż., BHP.
6. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na upublicznienie moich danych osobowych (nazwę / firmę lub imię i nazwisko) 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 pełnienia dyżurów lekarskich w Klinicznym Oddziale Chirurgii- Centrum Leczenia Kamicy
- b) za udzielenie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgicznej wartości poprawnie rozliczonych/sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia jednostkowych produktów rozliczeniowych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obliczonej zgodnie aktualnie obowiązującymi zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz aktualnie obowiązującą umową pomiędzy Samodzielnym Zespołem Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, a Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w części dotyczącej następujących zakresów świadczeń opieki zdrowotnej: świadczenia w zakresie chirurgii dziecięcej, świadczenia w zakresie chirurgii dziecięcej ze wskazań nagłych, świadczenia w zakresie chirurgii dziecięcej - świadczenia pierwszorazowe,
- c) za udzielenie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgicznej na rzecz pacjenta nieuprawnionego do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, któremu udzielono świadczeń w trybie nagłym w wysokości, jaka przysługiwałaby przyjmującemu zamówienie w sytuacji, gdyby pacjent posiadał prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czyli zgodnie lit. b)

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 zaświadczenia o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego,
4. kopia dyplomu uzyskania tytułu lekarza,
5. kopie prawa wykonywania zawodu lekarza,
6. kopia posiadanych specjalizacji ,
7. kopie dyplomów ukończonych kursów,

8. kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub oświadczenie o przedłożeniu/doniesieniu polisy OC zgodnie z przepisami ,
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. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.

podpis osoby umocowanej do reprezentowania Oferenta