

.....
pieczęć Oferenta

..... dnia

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chirurgii - Centrum Leczenia Kamicy, w Klinicznym Oddziale Chorób Płuc – Centrum Leczenie Mukowiscydozy oraz Klinicznym Oddziale Pediatrii SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie chirurgii klatki piersiowej, zwanych dalej łącznie „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/57/2024

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 prawa wykonywania zawodu

7. Nr dyplomu specjalizacji

8. PESEL, Data Urodzenia

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chirurgii - Centrum Leczenia Kamicy, w Klinicznym Oddziale Chorób Płuc – Centrum Leczenie Mukowiscydozy oraz Klinicznym Oddziale Pediatrii SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie chirurgii klatki piersiowej, zwanych 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.

III. WARTOŚĆ OFERTY

Oferuję cenę:

- a) zł **brutto** (słownie: zł brutto): za konsultacje na wezwanie jednego pacjenta leczonego w odpowiednim oddziale Udzielającego Zamówienia.
- b) za wykonane zabiegi operacyjne% wartości wyrażone w złotych poprawnie sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia produktów jednostkowych (grup) dedykowanych do sprawozdania świadczeń 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.

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 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, ppoż., BHP.
5. Oświadczam, że posiadam zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.
6. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na upublicznienie moich danych osobowych (nazwę / firmę lub imię i nazwisko) w rozstrzygnięciu konkursu ofert na stronie internetowej Zamawiającego.
7. 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.
8. 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. Dokument stwierdzający wpis do Rejestru Indywidualnych/Specjalistycznych Praktyk Lekarskich lub oświadczenie o złożeniu wniosku o rejestrację praktyki w OIL (zaświadczenie pobrane on-line),
2. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (zaświadczenie on-line),
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 certyfikatu Kursu Ochrony Radiologicznej Pacjenta,
7. Kserokopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub pisemne zobowiązanie się oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej OC przed zawarciem umowy na udzielanie świadczeń,
8. Kserokopia aktualnego orzeczenia lekarskiego wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych, wystawione przez lekarza medycyny pracy posiadającego przeszkolenie w jednostce badawczo-rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy w zakresie badań

profilaktycznych pracowników narażonych na działanie promieniowania jonizującego (lekarz z uprawnieniami do wystawiania orzeczeń lekarskich z tzw. „J”),

9. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o szkoleniu w zakresie BHP,
10. Kserokopia zaświadczenia o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego,
11. oświadczenie o zamieszkiwaniu/nie zamieszkiwaniu w ciągu ostatnich 20 lat w krajach, innych niż Rzeczypospolita Polska oraz o posiadanym obywatelstwie, wg załącznika nr 4 do SWKO. W przypadku zamieszkiwania/posiadania innego obywatelstwa – zaświadczenie o niekaralności z danego kraju,
12. oświadczenie oferenta iż kopie złożone w ofercie są zgodne z posiadanymi oryginałami,
13. CV

podpis osoby umocowanej do reprezentowania Oferenta