Załącznik nr 1 do Szczegółowych warunków konkursu ofert i materiałów informacyjnych

o przedmiocie konkursu ofert w SPZZOZ w Sierpcu

Pieczęć firmowa

oferenta

........................dnia ...........................

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla SPZZOZ w Sierpcu**

**1. Dane o oferencie:**

..................................................................................................................................

(nazwisko i imię)

...................................................................................................................................

(nazwa, pod którą wykonywana jest działalność i wpis do właściwej ewidencji działalności gospodarczej)

...................................................................................................................................

(adres oferenta i adres do korespondencji)

.........................................................................................................................................

(nr wpisu do właściwego rejestru praktyk lekarskich

.........................................................................................................................................

(nr NIP) (nr REGON)

...........................................................................................................................................

( telefon, fax)

2. Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych (wypełnić

odpowiednio):

**a/** Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ………………………………………………

proponuję wynagrodzenie w wysokości: ..................... zł brutto za 1 punkt

wykonanych świadczeń , słownie: ..................................................................................

**b/** Za udzielanie konsultacji pacjentów oddziałów Szpitala SPZZOZ w Sierpcu proponuję

wynagrodzenie w wysokości: .............. zł brutto, słownie:..............................................

za 1 wykonaną konsultację.

**c/** Za wykonane badanie profilaktyczne na rzecz pracowników zakładów pracy, które

mają podpisaną umowę z SPZZOZ w Sierpcu - proponuję wynagrodzenie

w wysokości: .............. zł brutto, słownie:.............................................. za 1 wykonane

badanie (dotyczy: Poradni Okulistycznej, Otolaryngologicznej i Neurologicznej).

**d/** Za udzielanie porad w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia

SPZZOZ w Sierpcu proponuję wynagrodzenie w wysokości: .............. zł

brutto, słownie:................................................................... za 1 wykonaną poradę.

**e/** Za wykonywanie badań ultrasonograficznych doppler duplex serca w Pracowni USG

dla pacjentów oddziałów - proponuję wynagrodzenie w wysokości: .....................zł brutto

słownie:.............................................. za 1 wykonane badanie.

**f/** Za udzielanie świadczeń stomatologicznych ponadstandardowych wykonywanych

materiałami światłoutwardzalnymi w Poradni Stomatologicznej za dopłatą pacjenta

- proponuję wynagrodzenie w wysokości: .............. % brutto, słownie: ................%

od ogólnej kwoty dopłat pacjentów w danym miesiącu, a wykonanych przez

Przyjmującego zamówienie.

**g/** Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań gastroskopii

proponuję wynagrodzenie w wysokości: ..................... zł brutto za 1 wykonane

badanie, słownie: ....................................................................................

**h/** Za wykonywanie badań kolonoskopii proponuję wynagrodzenie w wysokości: ...........

zł brutto za 1 wykonane badanie, słownie:..............................................

**i/** Za wykonywanie badań kolonoskopii i polipektomii proponuję wynagrodzenie

w wysokości: .............. zł brutto za 1 wykonane badanie, słownie: ................................

.........................................................................................................................................

**j/** Za wykonywanie badań bronchofiberoskopii proponuję wynagrodzenie w wysokości:

............ zł brutto za 1 wykonane badanie, słownie:..............................................

**k/**  Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie : ..........................................................

...........................................................................................................................................

proponuję wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości: ..................... zł brutto ..............

............................................................................................................................................

miesięcznie/kwartalnie, słownie:......................................................................................

(dotyczy: psychologów, psychoterapeutów, innych osób uprawnionych)

**l/** Za wykonanie protez zębowych proponuję wynagrodzenie w wysokości: .............. zł brutto

za 1 wykonaną protezę, słownie: ............................................................................... oraz za

naprawy protez proponuję wynagrodzenie w wysokości: .............. zł brutto za

1 wykonaną naprawę, słownie: .....................................................................................

**ł/** Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie : ..........................................................

.............................................................................................................................................

proponuję wynagrodzenie w wysokości: ..................... zł brutto za 1 godz. wykonanych

świadczeń, słownie:...........................................................................................................

(dotyczy: Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej)

**m/** Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Medycyny Pracy proponuję:

* za wykonane 1 badanie z wydaniem zaświadczenia/orzeczenia wynagrodzenie

w wysokości: …….zł brutto słownie zł ………………………………………..,

* za wykonane 1 badanie plus uaktualnienie książeczki zdrowia wynagrodzenie

w wysokości: ……. zł brutto słownie zł ………………………………………..,

* za udział w komisji bhp działającej na terenie danego zakładu pracy wynagrodzenie

w wysokości: ……….. zł brutto słownie zł …………………………………………

za 1 godzinę wykonanych świadczeń.

**3**. Wykaz załączników do oferty:

1/ .....................................................................................................................................

2/ .....................................................................................................................................

3/ .....................................................................................................................................

4/ .....................................................................................................................................

5/ ...................................................................................................................................

6/ ....................................................................................................................................

7/ ....................................................................................................................................

8/ ....................................................................................................................................

9/ ....................................................................................................................................

10/ ..................................................................................................................................

**4.** Oferta została złożona na ........ stronach parafowanych i kolejno ponumerowanych

od nr ........... do nr ...........

............................................................................

(własnoręczny podpis i pieczęć Oferenta

lub osoby upoważnionej)

# Załącznik Nr 1 do formularza ofertowego

**ZAŁĄCZNIKI – odpowiednio dla OFERENTA:**

1. Oryginały lub kserokopie dokumentów potwierdzone przez Oferenta za zgodność z oryginałem potwierdzające kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza/innej osoby uprawnionej tj.:

1/ dyplom,

2/ prawo wykonywania zawodu,

3/ dyplom uzyskania specjalizacji,

4/ dyplom uzyskania stopnia/tytułu naukowego (w przypadku posiadania),

5/ inne posiadane dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności.

2 Potwierdzone przez Oferenta za zgodność z oryginałem dokumenty określające status

prawny oferenta tj.:

1/ wydruk z księgi rejestrowej potwierdzający wpis indywidualnej/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

2/ zaświadczenie w formie wydruku z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP o wpisie indywidualnej/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego do ewidencji działalności gospodarczej, inne osoby uprawnione - wydruk wpisu do CEIDG RP,

3/zaświadczenie o nadaniu nr REGON i NIP nie jest wymagane w przypadku załączenia do oferty aktualnego wydruku wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG),

3. Potwierdzona przez Oferenta za zgodność, obowiązkowa polisa OC dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna/indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska oraz innych osób uprawnionych (minimalna suma gwarancyjna w odniesieniu do jednego i wszystkich zdarzeń – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. Nr 293, poz. 1729).

4. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta.

**Załącznik Nr 2 do formularza ofertowego**

...................................................................

(miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

1. Oświadczam, że zapoznałam/em/ się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em/ się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert

i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

1. Oświadczam, że zainteresowałam/em/ się ze wszystkimi koniecznymi informacjami,

niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenie zdrowotne.

1. Oświadczam, że uważam się związana/y/ ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu

składania ofert.

1. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję

się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie

wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.

1. Oświadczam, ze wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne

z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach

nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.

1. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Udzielającego

zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na

warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.

1. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej

(OC) na sumę gwarancyjną w wysokości ................................. zł.

Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień

rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy. Zobowiązuję

się do przedłożenia kopii polisy OC na dzień podpisania umowy lub najpóźniej

w dniu obowiązywania umowy.

1. Oświadczam, że podane w ofercie stawki za udzielanie świadczeń nie ulegną zmianie

w okresie trwania umowy.

1. Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności gospodarczej samodzielnie

rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.

1. Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do

udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie wynikającym

z postępowania konkursowego.

1. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych

od dnia 01 października 2016r. do dnia 31 grudnia 2017r.

...........................................................

Podpis Oferenta