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 podmiotu leczniczego)

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

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

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

(adres oferenta i adres do korespondencji)

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

(nr wpisu do właściwego rejestru praktyk lekarskich/podmiotów wykonujących działalność leczniczą i organ prowadzący)

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

(nr NIP) (nr REGON)

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

( telefon, fax)

2. Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych (wypełnić

odpowiednio):

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

w zakresie: …………………………………………………………………………..

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

słownie: .....................................................................................................................

za 1 godz. wykonanych świadczeń.

Zobowiązuję się do udzielania w/w świadczeń w wymiarze co najmniej …….. godzin

w każdym miesiącu objętym umową (nie dotyczy udzielania świadczeń przez ratownika

medycznego).

**b/** Za udzielanie świadczeń w zakresie pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń

w Oddziale……………………………………… na wezwanie lekarza dyżurnego

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

za 1 godz. pozostawania w gotowości (dot. Oddziału Chirurgicznego i Ginekologiczno-

Położniczego).

**c**/ Za faktyczne wykonanie świadczeń w Oddziale na wezwanie lekarza dyżurnego

proponuję wynagrodzenie w wysokości: ……………… zł brutto

słownie:…………………………………………………………………………..

za 1 godz. faktycznego wykonania świadczeń (dot. Oddziału Chirurgicznego i

Ginekologiczno-Położniczego).

**d/** Za wykonane zabiegi ………………………………………….. w Oddziale

Chirurgicznym Szpitala SPZZOZ w Sierpcu zgodnie z katalogiem świadczeń Oddziału –

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

wartości punktowej wykonanej usługi.

**e/** Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale ………………………………..

w zakresie: …………………………………………………………………………..

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

brutto słownie: ..........................................................................................................

za wykonane świadczenia.

**f/** Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji kardiologicznych

w Oddziale Pediatrycznym i Neonatologicznym proponuję wynagrodzenie ryczałtowe

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

za 1 wykonaną konsultację.

**g/** Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji ortopedycznych

w Ośrodku Rehabilitacji Dziennej proponuję wynagrodzenie ryczałtowe

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

za 1 wykonaną konsultację.

**h/** Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania n/w badań

proponuję wynagrodzenie w wysokości brutto za 1 wykonane badanie:

* ........................................................................................................... = ………. zł brutto słownie:.....................................................................................................
* ...........................................................................................................= ……….. zł brutto słownie:......................................................................................................
* ...........................................................................................................= ……….. zł brutto słownie:.......................................................................................................

**i/** Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań………………….

………………………………………………………………………………………………

proponuję miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości ………………… zł brutto

słownie: ……………………………………………. za wykonane badania:

**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/wydruk z księgi rejestrowej potwierdzający wpis podmiotu leczniczego do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – dot. podmiotów leczniczych,

4/poświadczona przez Oferenta kserokopia wpisu do KRS – dot. podmiotów leczniczych,

5/ poświadczona przez Oferenta kserokopia Statutu podmiotu leczniczego,

6/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 oraz 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

**Załącznik Nr 3 do formularza ofertowego**

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

pieczęć firmowa z pełną nazwa Oferenta

**WYKAZ lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko lekarza | PESEL | Nr prawa  wykonywania  zawodu | Posiadana specjalizacja |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

(pieczęć i podpis Oferenta)