



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PORĘBIE

ul. Wojska Polskiego 20, 42-480 Poręba

FORMULARZ OFERTY NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....

(nazwa i siedziba zakładu opieki zdrowotnej oraz numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, lub imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

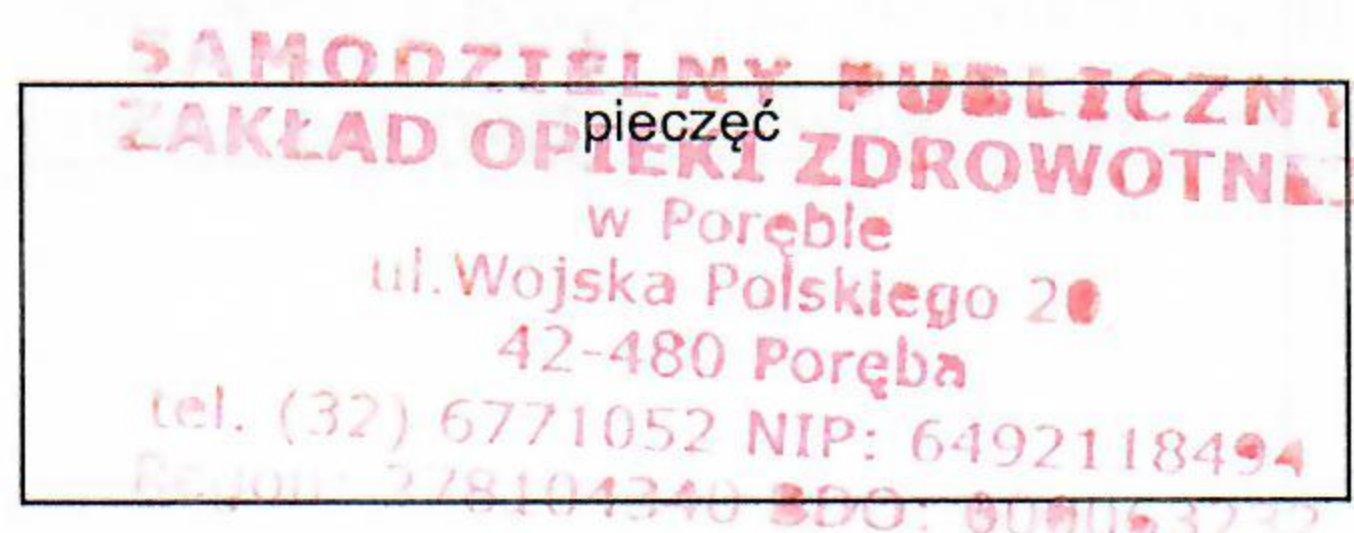
Adres do korespondencji:

.....

.....Tel.

UWAGA:

1. Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.
2. Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.
3. Do oferty należy załączyć:
 - o kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ KRS lub wyciąg z CEIDG, REGON, NIP
 - o kserokopię odpisu z właściwego rejestru,
4. Dokumenty świadczące o kwalifikacjach (dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji)- tj. prawo wykonywania zawodu, dyplom ukończenia studiów, dyplomy specjalizacyjne lub kartę szkolenia specjalizacyjnego, referencje oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na wybór oferenta – proszę załączyć do oferty i wymienić w spisie załączników do niniejszej oferty.
5. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz Oświadczenie zgodności danych przedkładanych przez oferenta pod rygorem odpowiedzialności karnej- dotyczy podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcą, spółką cywilną, inną spółką handlową.
6. Nie dostarczenie dokumentów poświadczających posiadane kwalifikacje spowoduje odrzucenie oferty.



I. ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA OCZEKUJĘ ZAPŁATY WG NASTĘPUJĄCYCH STAWEK:

KRYTERIUM: CENA

Właściwe podkreślić:

1. Lekarz specjalista (lekarz z II stopniem specjalizacji)

stawka za 1 h udzielania świadczeń zdrowotnych

(słownie zł

.....)

2. Lekarz z I stopniem specjalizacji oraz lekarz w trakcie Szkolenia specjalizacyjnego.

stawka za 1 h udzielania świadczeń zdrowotnych

(słownie zł

.....)

UWAGA: Udzielający zamówienia zastrzega, iż w przypadku złożenia ofert przez lekarzy z I stopniem specjalizacji (lub w trakcie Szkolenia specjalizacyjnego) łącznie z lekarzami z tytułem specjalisty (z II stopniem specjalizacji) ocena kryterium „Cena” dokonywać się będzie osobno dla ofert złożonych przez lekarzy specjalistów (i lekarzy z II stopniem specjalizacji) oraz osobno dla ofert złożonych przez lekarzy z I stopniem specjalizacji i lekarzy w trakcie Szkolenia specjalizacyjnego.

Kolejno, w zakresie kryteriów opisanych w SWKO (w kolejności a-d: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

- a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe.
- b. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe)
.....
.....
.....
- c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):
1. co najmniej 3 godzin w każdym tygodniu, w dni powszednie w godzinach w przedziale od 8:00 do 18:00 -
 2. co najmniej 6 godzin w każdym tygodniu, w dni powszednie w godzinach w przedziale od 8:00 do 18:00 -
 3. co najmniej 12 godzin w każdym tygodniu, w dni powszednie w godzinach w przedziale od 8:00 do 18:00 -
- d. W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):

1. Jeden dzień w jednym tygodniu –
2. Dwa dni w jednym tygodniu –
3. co najmniej trzy dni w jednym tygodniu –

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria. Łącznie do zdobycia punktów: 100.

II. OFEROWANE DNI I GODZINY:

Należy wskazać oferowane dni i godziny udzielania świadczeń, które nie powodują dla Przyjmującego zamówienie zbiegu z harmonogramem udzielania świadczeń zdrowotnych u innego świadczeniodawcy.

.....

.....

Uwaga:

Udzielanie świadczeń w wyznaczonych dniach / godzinach nie jest zależne od poziomu wypracowanych przez Przyjmującego zamówienie punktów NFZ (Przyjmujący zamówienie jest każdorazowo obowiązany w wyznaczonym dniu / dniach stawić się w SP ZOZ w gotowości do Udzielania świadczeń).

Oświadczam, że:

- 1) świadczenia wykonywane będą w SP ZOZ przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji udzielającego zamówienia,
- 2) w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy oraz przystąpienia do realizacji zamówienia,
- 3) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.

oraz, że zapoznałem się z treścią:

- 1) ogłoszenia,
- 2) przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 3) szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO) i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
- 4) projektem umowy i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć Oferenta

UWAGA : W przypadku wyboru oferty i zawarcia umowy na ofercie ciąży obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach określonych ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Załącznikami do niniejszej oferty są :

1.
2.
3.