pieczęć

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
„SZPITAL POWIATOWY" IM. BŁ. MARTY WIECKIEJ
W BOCHNI

32-700 Bochnia, ul. Krakowska 31

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:
   - kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, REGON, NIP lub wyciąg z CEIDG zawierający w/w dane / KRS,
   - 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.

pieczęć

I. ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA OCZEKUJĘ ZAPŁATY WG NASTEPUJĄCYCH STAWEK:

za wykonywanie zabiegów medycznych w zakresie ginekologii i położnictwa

- w przypadku wykonywania zabiegów/procedur **samodzielnie** ..... za 1 pkt. rozliczeniowy

(słownie zł .....)

- w przypadku uczestniczenia w zabiegu w charakterze **operatora** (specjalisty w dziedzinie ginekologii i położnictwa) przy zabiegu z asystentem – specjalizującym się w zakresie ginekologii i położnictwa

..... za 1 pkt. rozliczeniowy NFZ

(słownie zł .....)

- w przypadku uczestniczenia w zabiegu w charakterze **asystenta/ operatora** (specjalisty w dziedzinie ginekologii i położnictwa) przy zabiegu

..... za 1 pkt. rozliczeniowy NFZ

(słownie zł .....)

- w przypadku uczestnictwa przy zabiegu w charakterze **asystenta** (specjalizującego się w dziedzinie ginekologii i położnictwa) ..... za 1 pkt. rozliczeniowy NFZ

(słownie zł .....)

Dopuszczalne jest złożenie oferty na wybrane rodzaje powyższych świadczeń.

II. Minimalna ilość oferowanych godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych wynosi: .....

.....

.....

.....

.....

pieczęć

Oświadczam, że :

1) świadczenia wykonywane będą w SP ZOZ w Bochni „Szpital Powiatowy" im. bł. Marty Wieckiej 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.

....

Data Podpis i pieczątka Oferenta

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),
4) projektem umowy i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń

UWAGA : W przypadku wyboru oferty i zawarcia umowy na oferencie 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. .....
4. .....
5. .....

Data : Podpis i pieczęć oferenta :