



**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)

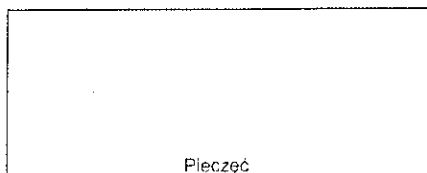
Adres do korespondencji:

.....

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

1. za zabiegi medyczne w zakresie ortopedii i traumatologii narządów ruchu wykonane w Pododdziale ortopedii i traumatologii narządów ruchu w ramach realizacji kontraktu NFZ w rodzaju Ortopedia i Traumatologia.

a. w przypadku wykonywania zabiegów/procedur **samodzielnie** zł brutto za 1 pkt. rozliczeniowy NFZ

(słownie zł)

b. w przypadku uczestniczenia w zabiegu w charakterze **operatora** (specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządów ruchu) przy zabiegu z asystentem – specjalizującym się w zakresie ortopedii i traumatologii ruchu zł brutto za 1 pkt. rozliczeniowy NFZ

(słownie zł)

c. w przypadku uczestniczenia w zabiegu w charakterze **asystenta/ operatora** (specjalisty w dziedzinie w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządów ruchu) przy zabiegu zł brutto za 1 pkt. rozliczeniowy NFZ

(słownie zł)

d. w przypadku uczestnictwa przy zabiegu w charakterze **asystenta** (specjalizującego się w dziedzinie ortopedii i traumatologii) zł brutto za 1 pkt. rozliczeniowy NFZ

(słownie zł)

Dopuszczalne jest złożenie oferty na wybrane rodzaje powyższych świadczeń, z zastrzeżeniem pkt. II.

2. za zabiegi medyczne w zakresie ortopedii i traumatologii narządów ruchu wykonane w oddziale chirurgii ogólnej i urazowej w ramach realizacji kontraktu NFZ w rodzaju Chirurgia Ogólna i Urazowa.

a. w przypadku wykonywania zabiegów/procedur **samodzielnie** zł brutto za 1 pkt. rozliczeniowy NFZ

(słownie zł)

b. w przypadku uczestniczenia w zabiegu w charakterze **operatora** (specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządów ruchu) przy zabiegu z asystentem – specjalizującym się w zakresie ortopedii i traumatologii ruchu zł brutto za 1 pkt. rozliczeniowy NFZ

(słownie zł)

Załącznik nr 1C Formularz ofertowy

c. w przypadku uczestniczenia w zabiegu w charakterze **asystenta/ operatora** (specjalisty w dziedzinie w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządów ruchu) przy zabiegu zł brutto za 1 pkt. rozliczeniowy NFZ

(słownie z!)

d. w przypadku uczestnictwa przy zabiegu w charakterze asystenta (specjalizującego się w dziedzinie ortopedii i traumatologii) zł brutto za 1 pkt. rozliczeniowy NFZ

(słownie z!

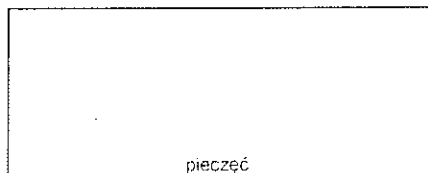
Dopuszczalne jest złożenie oferty na wybrane rodzaje powyższych świadczeń, z zastrzeżeniem pkt. II.

II. Warunkiem wyboru oferty jest łączne złożenie przez danego Oferenta oferty na wykonywanie w tym samym charakterze zarówno zabiegów na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Urazowej jak i Pododdziale Ortopedii.

III. Udzielający zamówienia zastrzega, że Wartość wynagrodzenia wynikającego z oferty za świadczenia wykonane w dni powszechne po godz. 15.00 oraz w sobotę, niedzielę i święta będzie pomniejszania o koszt wynagrodzenia lekarza anestezjologa uczestniczącego przy wykonaniu danego świadczenia.

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

13



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 pieczęć 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 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.
4.
5.

Data :

Podpis i pieczęć oferenta :