

Załącznik Nr 2

do Szczegółowych warunków konkursu
ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych
na rzecz SPZOZ Przychodni Miejskiej w Józefowie

P.M.341(25)2015

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZEDMIOCIE ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ

1. Dane Udzielającego Zamówienie:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Miejska z siedzibą w Józefowie (05-420 Józefów), przy ul. Marii Curie Skłodowskiej 5/7, zarejestrowany w rejestrze, prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000176625, NIP: 5321643282, REGON: 010045302, reprezentowanym przez Dyrektora - Marię Kurcz, zwanym dalej „Udzielającym Zamówienia”,

2. Dane Oferenta:

Pan/Pani _____, zamieszkały/a w _____, przy ulicy _____, legitymujący/a się _____, PESEL: _____, NIP: _____, prowadzący/a działalność gospodarczą pod firmą: _____ z siedzibą w _____, przy ulicy _____, na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej, prowadzonej przez _____, pod numerem _____, REGON: _____, Nazwa i numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych lub osób wykonujących działalność leczniczą* _____.

*1/ w przypadku podmiotu leczniczego numer wpisu do rejestru wojewody,

2/ w przypadku osób wykonujących działalność leczniczą, numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu.

3. Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w rodzaju: PAKIET nr ____, zgodnie z ogłoszeniem o konkursie na udzielanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, na warunkach określonych w Załączniku nr 1 - Informacji o przedmiocie zamówienia. Deklaruję gotowość świadczenia usług od dnia _____ 2016 roku, za kwotę __ złoty/za 1 pkt (słownie: _____ złotych), w terminie (określić dni oraz godziny, zgodnie z harmonogramem pracy poradni określonym w dokumentacji konkursowej, przy czym nie mniej niż 4 godziny w danym dniu):

1. Poniedziałek od godz. _____ do godz. _____;
2. Wtorek od godz. _____ do godz. _____;
3. Środa od godz. _____ do godz. _____;
4. Czwartek od godz. _____ do godz. _____;
5. Piątek od godz. _____ do godz. _____.

4. czas trwania umowy od dnia _____ 2016 roku do dnia 31 grudnia 2017 roku.

5. Jednocześnie, oświadczam, że:

- Zapoznałem/łam się z treścią dokumentów: ogłoszenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, informacją o przedmiocie konkursu oraz wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
- zobowiązuje się do podpisania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie, w zakresie zadeklarowanym w ofercie i uzgodnionym z Udzielającym zamówienia;
- posiadam wymagane kwalifikacje i uprawnienia niezbędne oraz wiedzę i doświadczeniem do wykonywania oferowanego świadczenia;
- posiadam oraz będę posiadał/a przez cały czas obowiązywania umowy polisę stwierdzającą zawarcie umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22.12.2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą
- zapoznałem/łam się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania oferowanego świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodzie lekarza lub przepisów o izbach lekarskich;
- nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SP ZOZ Przychodni Miejskiej w Józefowie w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz.926 ze zm.). Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych, ich uzupełnienia, sprostowania i żądania usunięcia.
- nie zalegam z opłacaniem zobowiązań publicznoprawnych we właściwym urzędzie skarbowym oraz składek na ubezpieczenia społeczne w ZUS;
- nie figuruje w Krajowym Rejestrze Karnym.

Na każde żądanie Udzielającego Zamówienie zobowiązuje się niezwłocznie dostarczyć odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość każdej z kwestii zawartych w oświadczeniu. Wszystkie podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

6. Załączniki do oferty:

- a) kopia dyplomu ukończenia studiów wyższych,
- b) kopia dokumentu potwierdzającego prawo wykonywania zawodu,
- c) kopia dyplomu specjalizacji
- d) kopia dyplomu dodatkowej specjalizacji /warunek dodatkowy/
- e) kserokopię decyzji o nadaniu NIP oferenta;
- f) kserokopię decyzji o nadaniu nr REGON oferenta
- g) wypis z rejestru wojewody,*
- h) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,*
- i) zezwolenie na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej / pielęgniarzkiej stwierdzające wpis do właściwego rejestru,*

- j) kserokopię polisy ubezpieczenia OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta obejmującego zdarzenia medyczne w rozumieniu tej ustawy, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia realizacji umowy.

*niepotrzebne skreślić

Data

Pieczętka i podpis oferenta