

Dane oferenta :

.....

Imię i nazwisko / Nazwa*

....., dnia.....

.....

Adres / Siedziba*

.....

Adres do korespondencji

.....

Telefon

.....

Adres e-mail

.....

(numer wpisu do właściwego rejestru i
oznaczenie organu dokonującego wpisu)

.....

NIP

.....

REGON

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J.
Strusia z Zakładem Opiekuńczo- Lecznicznym
SPZOZ z siedzibą w Poznaniu przy ul.
Szwajcarskiej 3
61-285 Poznań, ul. Szwajcarska 3

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo- Lecznicznym SPZOZ z siedzibą przy ul. Szwajcarskiej 3 w zakresie:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza w zakresie neurochirurgii – leczenie szpitalne w Oddziale Neurochirurgii

Oferowane świadczenia opieki zdrowotnej udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności, a także leków i materiałów Udzielającego zamówienia.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Zarządzenia Dyrektora nr 73 z dnia 17 grudnia 2021 r., Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert i pracy komisji konkursowej, Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy (dalej: umowa) na świadczenia zdrowotne i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania ofert.

.

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg stawki ryczałtowej:

- a.% za każdy punkt jaki został zrealizowany w ramach zakresu NEUROCHIRURGIA - HOSPITALIZACJA - Q31, Q32, Q33, w sytuacji gdy świadczenia zdrowotne (zabieg i badania diagnostyczne) w ramach w/w procedur będą realizowane przez radiologów
- b. Wynagrodzenie ryczałtowe brutto:% za każdy punkt, jaki został zrealizowany przez Oddział z wyjątkiem punktów zrealizowanych w ramach zakresu NEUROCHIRURGIA - HOSPITALIZACJA - Q31, Q32, Q33, z zastrzeżeniem że wartość ta zostanie umniejszona o wartość wykonanych w ramach tych procedur przez radiologa badań diagnostycznych u pacjentów Oddziału Neurochirurgii w wysokości kosztów brutto poniesionych w tym zakresie przez Szpital,
- c.% wartości brutto świadczeń udzielonych pacjentom finansowanych ze środków innych niż kontrakt z NFZ (np. pacjenci spoza Unii Europejskiej), jaki został zrealizowany w ramach zakresu NEUROCHIRURGIA - HOSPITALIZACJA - Q31, Q32, Q33, w sytuacji gdy świadczenia zdrowotne (zabieg i badania diagnostyczne) w ramach w/w procedur będą realizowane przez radiologów, przy czym kwota do zapłaty zostanie przekazana Przyjmującemu zamówienie po otrzymaniu przez Udzielającego zamówienia należności za wykonane świadczenie. Świadczenie zdrowotne pacjentom nie ubezpieczonym może być udzielone tylko w przypadkach bezpośredniego zagrożenia utraty życia lub zdrowia.
- d.% wartości brutto świadczeń udzielonych pacjentom finansowanych ze środków innych niż kontrakt z NFZ (np. pacjenci spoza Unii Europejskiej), jakie zostały zrealizowane przez Oddział z wyjątkiem świadczeń zrealizowanych w ramach zakresu NEUROCHIRURGIA - HOSPITALIZACJA - Q31, Q32, Q33, przy czym kwota do zapłaty zostanie przekazana Przyjmującemu zamówienie po otrzymaniu przez Udzielającego zamówienia należności za wykonane świadczenie, z zastrzeżeniem że wartość ta zostanie umniejszona o wartość wykonanych w ramach tych procedur przez radiologa badań diagnostycznych u pacjentów.,
- e.% ceny określonej w umowie zawartej przez Szpital lub wynikającej z obowiązującego w Szpitalu cennika za wykonywanie konsultacji dla podmiotów zewnętrznych
- f. Wynagrodzenie brutto na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2014 r. poz. 469 z późn. zm.) określane przez koordynatora POLTRANSPLANT.

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego Zamówienia złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na okres **od.....**
r. – do oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych

Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych przedmiotem konkursu. Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych: dyplom, dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie objętej ofertą oraz prawo wykonywania zawodu oraz inne dokumenty uprawniające do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia. załączam do oferty ¹

Oświadczam, że zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy

Oświadczam, że nie mam przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy potwierdzające ten fakt przedstawię w terminie zgodnym z postanowieniami umowy.

Oświadczam, że odbędę przewidziane przepisami prawa pracy szkolenie bhp, ppoż i stanowiskowe. Zaświadczenia o odbytych szkoleniach dostarczę najpóźniej przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie zawartej umowy.

Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS- em.

Oświadczam, że w przypadku wyboru przez Udzielającego zamówienia mojej oferty dokonam wpisu w rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą uwzględniającego rodzaj i zakres świadczeń zdrowotnych wskazanych w ofercie.

Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U.2019.1781 ze zm.) wyłącznie w celu i w zakresie niezbędnym dla przeprowadzenia Konkursu oraz jestem świadoma/y przysługujących mi praw związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych jest równoznaczne z wycofaniem oferty z Konkursu.

.....

(pieczętka i podpis)

W załączeniu składam:

1. aktualny wpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/ Krajowego Rejestru Sądowego
2. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez Wojewodę Wielkopolskiego
3. kserokopię dyplomu
4. kserokopię dokumentów uprawniających do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia

.....

(pieczętka i podpis)

*niepotrzebne skreślić

