

Dane oferenta :

.....  
Imię i nazwisko / Nazwa\*

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

.....  
Adres / Siedziba\*

.....  
Adres do korespondencji

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

.....  
NIP

.....  
REGON

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia  
z Zakładem Opiekuńczo- Leczniczym SPZOZ  
61-285 Poznań, ul. Szwajcarska 3

## FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

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

### **Rozpoznawania i leczenia schorzeń w Poradni Chirurgii Stomatologicznej**

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 ogłoszenia , regulaminem przeprowadzania konkursu ofert i prac komisji konkursowej oraz projektem umowy na świadczenia zdrowotne i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg stawki ryczałtowej:

.....% brutto za jeden wypracowany punkt (przy czym punkt stanowi jednostkę rozliczeniową określoną umową zawartą pomiędzy Zakładem a NFZ).

.....% brutto świadczeń udzielanych pacjentom finansowanych ze środków innych niż kontrakt z NFZ

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od..... r. – do .....

Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń opieki  
Wzór formularza opracowała : Magdalena Kaczmarek

zdrowotnej objętych przedmiotem zamówienia. 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 <sup>1</sup>

Oświadczam, że zobowiązuję się zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową na zasadach przewidzianych w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.) i dostarczyć Udzielającemu zamówienie w ciągu 7 dni od rozpoczęcia udzielania świadczeń i zapewnić jej obowiązywanie przez cały czas trwania umowy. Oświadczam, że nie mam przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy potwierdzające ten fakt przedstawię najpóźniej w przeddzień podpisania umowy.<sup>1</sup>

Oświadczam, że odbyłem / odbyłam\* przewidziane przepisami prawa pracy szkolenie bhp, ppoż i stanowiskowe. Zaświadczenia o odbytych szkoleniach dostarczę najpóźniej w przeddzień podpisania umowy.<sup>1</sup>

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

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

**W załączeniu składam:**

1. aktualny wpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
2. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich/indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich
3. kserokopię dyplomu lekarza medycyny
4. kserokopia dokumentów uprawniających do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówien

.....  
(pieczętka i podpis)

\*niepotrzebne skreślić

1. w przypadku podmiotu leczniczego dotyczy Personelu realizującego przedmiot umowy