

Dane oferenta :

....., dnia

Imię i nazwisko / Nazwa*

.....

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 ŚWIADCZEŃ 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:

Udzielanie świadczeń w zakresie kardiologii – leczenie szpitalne w Oddziale Kardiologicznym

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.

Zobowiązuję się, iż umowę będę wykonywał przy udziale wykwalifikowanego **Personelu** w Oddziale Kardiologicznym wg harmonogramu uzgodnionego z Udzielającym zamówienia.

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg stawki ryczałtowej:

| | |
|---|--|
| Wynagrodzenie ryczałtowe brutto wynoszące wartości ceny 1 punktu rozliczeniowego będącego podstawą rozliczenia między Szpitalem a NFZ | |
| wartości brutto świadczeń udzielonych pacjentom finansowanych ze środków innych niż kontrakt z NFZ (np. pacjenci spoza Unii Europejskiej) | |
| ceny określonej w umowie zawartej przez Szpital lub wynikającej z obowiązującego w Szpitalu cennika za wykonywanie konsultacji dla podmiotów zewnętrznych | |

| | |
|---|--|
| Wynagrodzenie ryczałtowe brutto dla lekarza (specjalisty kardiologa posiadającego certyfikat do wykonywania zabiegów TAVI) biorącego udział w zabiegu | |
| 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. 2022.2093) określone przez koordynatora POLTRANSPLANT | |

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

Oświadczam, że Personel posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych przedmiotem zamówienia. Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych: dyplom, dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie objętej ofertą oraz prawo wykonywania zawodu załączam do oferty.

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) i dostarczyć Udzielającemu zamówienie w ciągu 7 dni od rozpoczęcia udzielania świadczeń i zapewnić jej obowiązywanie przez cały czas trwania umowy. Oświadczam, że Personel nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i zaświadczenia lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy potwierdzające ten fakt przedstawię najpóźniej w przeddzień podpisania umowy.

Oświadczam, że Personel odbył przewidziane przepisami prawa pracy szkolenie bhp, ppoż i stanowiskowe. Zaświadczenia o odbytych szkoleniach dostarczę najpóźniej w przeddzień podpisania umowy.

Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności leczniczej 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.

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, wykonywanych w pomieszczeniach Udzielającego zamówienia w terminie do dnia 31.03.2017 roku.

W załączeniu składam:

1. aktualny wpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
2. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez Wojewodę Wielkopolskiego
3. wykaz Personelu z załączonymi kserokopiami dokumentów potwierdzających kwalifikacje
5. zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
6. decyzja w sprawie nadania numeru identyfikacji podatkowej

.....

(pieczęć i podpis)