

Formularz oferty**I. Instrukcja dla Oferenta :**

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczęcią Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony Formularza oferty muszą być parafowane przez Oferenta.

II. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko lekarza											
Rodzaj praktyki lekarskiej				Nr prawa wykonywania zawodu							
Organ prowadzący rejestr (nazwa Okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)				Nr księgi rejestrowej							
Adres zamieszkania											
Kraj		Miejscowość									
Kod pocztowy		Poczta									
Ulica				Nr domu				Nr lokalu			
E-mail				telefon				fax			
Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):											
Kraj				Miejscowość							
Kod pocztowy		Poczta									
Ulica				Nr domu				Nr lokalu			
Działalność gospodarcza											
Firma								Siedziba			
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)						REGON					

III. Kwalifikacje zawodowe i specjalizacja Oferenta wymagana w zakresie przewidzianym warunkami konkursu

.....

.....

.....

IV. Oferowana kwota wynagrodzenia:

1. Zadanie nr 1

- 1) zł brutto za wykonanie porady specjalistycznej w zakresie okulistyki w Oddziale Leczenia Jednego Dnia przed operacją usunięcia zaćmy zweryfikowana i potwierdzona przez NFZ;
- 2) zł brutto za wykonanie jednej porady specjalistycznej w zakresie okulistyki w Oddziale Leczenia Jednego Dnia dzień po operacji usunięcia zaćmy zweryfikowana i potwierdzona przez NFZ;
- 3)zł brutto za wykonanie porady specjalistycznej w zakresie okulistyki w Oddziale Leczenia Jednego Dnia 14 dni po operacji usunięcia zaćmy zweryfikowana i potwierdzona przez NFZ;

2. Zadanie nr 2

- 1) % wartości punktu wypracowanego w Poradni Okulistycznej, rozliczonego i potwierdzonego przez NFZ;

3. Zadanie nr 3

- 1) zł brutto za udzielenie jednej konsultacji specjalistycznej na rzecz pacjentów ambulatoryjnych;
- 2)zł brutto za udzielenie jednej konsultacji specjalistycznej na rzecz pacjentów oddziałów szpitalnych;
- 3) zł brutto za zrealizowanie jednej konsultacji/porady specjalistycznej dla pacjenta ambulatoryjnego, przyjętego na podstawie umowy z innymi podmiotami (medycyna pracy);

4. Zadanie nr 4

- 1)% wartości iloczynu ilości punktowej wykonanych, zweryfikowanych i zatwierdzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia grup JGP wg taryfy bazowej.

Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych:

- | | |
|------------------|------------------------------------|
| - poniedziałek – | od godziny do godziny, |
| - wtorek - | od godziny do godziny, |
| - środa - | od godziny do godziny, |
| - czwartek - | od godziny do godziny, |

- sobota - od godziny do godziny

V. Oświadczenie:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oferuję termin płatności 14 dni od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarza wynosi lat.
4. Oświadczam, że staż pracy w komórce medycznej – oddziale lub poradni o specjalności zgodnej z profilem świadczenia będącego przedmiotem konkursu wynosi minimum lat.
5. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
6. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu Przyjmującego Zamówienie na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w MI, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
7. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od daty jej podpisania do dnia i do rozpoczęcia udzielania świadczeń z tej umowy wynikających od dnia
8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na możliwość przedłużenia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w drodze aneksu o kolejne 12 miesięcy po upływie terminu jej obowiązywania.
9. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
10. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz załącznikami nr 3 i 4 i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
11. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
12. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
13. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
14. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.
15. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienia harmonogramem.

VI. Do oferty załączam dokumenty (jeżeli nie są w posiadaniu Udzielającego Zamówienia):

1. odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą/zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*,
2. odpis/wyciąg/zaświadczenie* z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
3. umowa spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej) *,
4. prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych,
5. dyplom lekarza,
6. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe – w tym specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji):
 - 1)

2)

3)

7. (*inne dokumenty – wskazać jakie*).

**-niewłaściwe skreślić*

.....

(pieczętka i podpis
Przyjmującego Zamówienie)

.....

(miejscowość i data)