

O F E R T A

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych pionu medycznego Udzielającego
Zamówienia w zakresie wykonywania badań endoskopowych na rzecz pacjentów Powiatowego Centrum
Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach.**

I. DANE OFERENTA:

Pełna nazwa i adres Oferenta:

.....
.....
.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem Oferenta)

.....

Adres e mail :

Telefon do kontaktu

należy podać obowiązkowo:

Nazwa i numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą*:

.....

Nr wpisu do rejestru przedsiębiorców (KRS)* albo Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności

Gospodarczej (nr NIP):

.....

PESEL.....

Zawód.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji).....

Nr dokumentu specjalizacji.....

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

*podać, jeżeli dotyczy

II. OFERTA CENOWA I DOSTĘPNOŚCI:

L.p.	Zakres świadczeń zdrowotnych	J.m.	Minimalna ilość punktów stosunku miesięcznym	Proponowane wynagrodzenie za świadczenie usług medycznych: - cena za 1 punkt
1	Wykonanie badania gastrokopii w ramach Pracowni Endoskopowej	pkt zł brutto/1 punkt (słownie:)
2	Wykonanie badania kolonoskopii w ramach Pracowni Endoskopowej	pkt zł brutto/1 punkt (słownie:)

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli:
- w wierszu „L.p. 1, 2” należy podać cenę - za **1 punkt brutto**, zgodnie z wyceną punktową określoną w załączniku do zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – „Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych” obowiązującym w danym okresie rozliczeniowym; Wynagrodzenie powinno zostać podane w złotych polskich cyfrowo.

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

III. OŚWIADCZENIE OFERENTA *

Oświadczam, że :

1. **Zapoznałam/em się** z treścią ogłoszenia o konkursie oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń dotyczących ww. dokumentów;
2. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia;
3. **zapoznałam/em się** z projektem umowy i akceptuję warunki w niej zawarte;
4. wykonam świadczenia wymienione w ofercie zgodnie z przepisami prawa, aktualną wiedzą medyczną i treścią umowy zawartej z udzielającym zamówienia;
5. **dotychczas wykonywałam/em / nie wykonywałam/em*** na rzecz Udzielającego zamówienie takie same świadczenia zdrowotne jakich dotyczy składana oferta, w związku z powyższym oświadczam, że dokumenty wymienione w cz. IV Formularza Ofertowego znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienie i są aktualne;
6. **posiadam** ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej/**zawrę*** umowę o odpowiedzialności cywilnej na warunkach wskazanych w projekcie umowy;
7. **nie jestem zawieszona/y w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona/y w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodzie lekarza i lekarza dentystry;**
8. nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym;
9. nie mam przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;
10. samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em;
11. zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii następujących dokumentów:

- potwierdzających ukończenie kursu BHP,
- stosownych zaświadczeń lekarskich,
- dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy o działalności leczniczej;
- **nie świadczyć pracy** w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Kartuzach na podstawie stosunku pracy. Oświadczam, że posiadam wiedzę, że nie można świadczyć usług jednocześnie na podstawie umowy o pracę w tym samym zakresie.

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

* niepotrzebne skreślić

IV. W CELU UZNANIA, ŻE OFERTA SPEŁNIA WYMAGANE WARUNKI, OFERENT DOŁĄCZA DO OFERTY NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY**

(na podstawie części V SWKO):

1) kserokopie (na żądanie udzielającego zamówienia oryginały) dokumentów potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu **lekarza (dyplom, prawo wykonywania zawodu, dyplomy specjalizacji w zakresie gastroenterologii, stopnie i tytuły naukowe, potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji, potwierdzenie ukończenia kursów, w tym dyplom umiejętności wykonywania endoskopii, kurs doskonalący w zakresie kolonoskopii, itd.)**,

2) pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez pełnomocnika upoważnionego do występowania w imieniu Oferenta**,

3) inne, dodatkowo składane przez oferenta:

** nie dotyczy jeżeli Udzielającemu Zamówienia dostarczono wymagane dokumenty z racji realizacji wcześniej zawartych umów z Oferentem

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)