

OFERTA

dla Powiatowego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej

I. Dane Oferenta:

Nazwa Oferenta

Siedziba Oferenta

NIP Regon

KRS BDO

Tel. Fax

e-mail: www.....

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych oraz w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorców, które nie jest stanem nagłym dla pacjentów (dorosłych i dzieci) z następującego obszaru gmin: Psary, Ożarówice, Siewierz, Mierzęcice, Bobrowniki, zgodnie z wymaganiami umowy zawartej przez Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia.

1. Oświadczenia Oferenta:

W związku z ogłoszeniem przez Powiatowy Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej konkursu ofert na wykonywanie zadań określonych w SWKO Oferent oświadcza, że:

1. zobowiązuje się do udzielania świadczeń będących przedmiotem konkursu ofert na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO) w okresie obowiązywania umowy, tj. 48 miesięcy,
2. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, w zakresie którego składa niniejszą ofertę,
3. zapoznał się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert wraz z załącznikami i nie wnosi w tym zakresie żadnych zastrzeżeń,



4. nie wnosi żadnych zastrzeżeń do załączonych wzorów umów i zobowiązuje się do ich podpisania na warunkach określonych w tych wzorach w miejscu i terminie określonym przez Udzielającego Zamówienia,
5. jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej i pozostałych przepisów,
6. posiada uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi,
7. dysponuje potencjałem technicznym i lokalowym oraz posiada wiedzę i doświadczenie niezbędne udzielania świadczeń będących przedmiotem konkursu,
8. posiada uprawniony personel, którego kwalifikacje i liczba zabezpieczą udzielanie na rzecz Udzielającego zamówienia świadczeń objętych przedmiotem konkursu,
9. posiada polisę potwierdzającą ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
10. zobowiązuje się, że w/w ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres obowiązywania umowy,
11. wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym na dzień składania oferty stanem prawnym i faktycznym.

2. Oferta

Deklaruję wykonywanie zadań określonych w SWKO za miesięczne wynagrodzenie w wysokości :zł brutto

(słowniezłoty brutto)

Świadczenia będą udzielane w dodatkowym miejscu przyjmowania pacjentów zlokalizowanym w (adres):

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

3. W załączeniu do niniejszej oferty składamy następujące dokumenty:

- 1) dokument potwierdzający wpis do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

- 2) dokument potwierdzający wpis do Krajowego Rejestru Sądowego* / dokument potwierdzający wpis do ewidencji działalności gospodarczej*,
- 3) kopię aktualnej polisy OC potwierdzającej ubezpieczenie Oferenta od odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej wraz z dowodem uiszczenia należnej składki,
- 4) wykaz – liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych ofertą zgodnie z załącznikiem nr 2 do SWKO,
- 5) wykaz granicznego potencjału technicznego, lokalowego niezbędnego do realizacji świadczeń zdrowotnych objętych ofertą zgodnie z załącznikiem nr 3 do SWKO,
- 6) oświadczenie o posiadaniu doświadczenia w organizowaniu świadczeń polegających na udzielaniu porad lekarskich zgodnie z załącznikiem nr 4 do SWKO,
- 7) zaparafowany wzór umowy – załącznik nr 5 do SWKO,
- 8) zaparafowany wzór umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych – załącznik nr 6 do SWKO,
- 9)
- 10)

Stwierdzam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej związanej ze składaniem fałszywych oświadczeń.

.....
Data i podpis osoby uprawnionej/osób
uprawnionych do reprezentowania Oferenta

* niepotrzebne skreślić

