

FORMULARZ OFERTOWY

.....
.....
Składam niniejszą ofertę.

I. DANE OFERENTA

PEŁNA NAZWA OFERENTA (zgodnie z właściwym rejestrem) :

.....
.....

ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI :

.....
.....

ADRES ZAMIESZKANIA:

.....

NIP:

REGON:

NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU I DATA JEGO UZYSKANIA:

.....

Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu:

.....

Nr telefonu: **adres e-mail:**

Kwalifikacje zawodowe (posiadane dyplomy, posiadane specjalizacje bądź specjalizacje w trakcie, kursy, uprawnienia (prawo wykonywania zawodu), certyfikaty):

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

Staż pracy (w tym w zawodzie lekarza)

Przebieg pracy zawodowej

Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

(wpisać bank i nr konta)

Do niniejszej oferty załączam wymagane w warunkach zamówienia dokumenty i oświadczenia jako załączniki:

1. Aktualny wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez właściwą Izbę Lekarską, z wpisem adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Poświadczona kopie dokumentów (dyplomy, prawo wykonywania zawodu lekarza, posiadana specjalizacja, zaświadczenie o odbycie specjalizacji, karta szkolenia specjalizacyjnego w przypadku odbywania specjalizacji, przebieg pracy zawodowej, certyfikaty potwierdzające umiejętności w zakresie wykonywania badań o których mowa w przedmiocie zamówienia).
3. Aktualna polisa OC.
4. Aktualny wpis z CEIDG.
5. Kopia aktualnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do świadczenia usług w ramach świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu.
6. Kopia aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia BHP.
7. Inne

.....
miejscowość i data

.....
podpis i pieczęć oferenta

II. OFERTA SZCZEGÓŁOWA

Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi Warunkami Konkursów Ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Warszawie w miejscu wskazanym w umowie przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Zamawiającego.
3. Prowadzi działalność leczniczą w dziedzinie..... zarejestrowaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą / rejestr, indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC).
6. Posiada wpis w księdze Rejestrowej o Rodzaju Działalności Leczniczej i Praktyki Zawodowej z wpisem adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych.
7. Posiada uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty.
8. Oferuję dyspozycyjność do udzielenia świadczeń zdrowotnych w placówce przy **ul. Nowowiejskiej 5** i proponuję udzielanie świadczeń zdrowotnych wg. poniższego harmonogramu.

Dni Tygodnia	Godziny od do... Deklaruję przyjęcia pacjentów co minut	Liczba godzin ramach NFZ w	Godziny od.....do... Deklaruję przyjęcia pacjentów co minut	Liczba godzin Odpłatne świadczenia zdrowotne
Poniedziałek				
Wtorek				
Środa				
Czwartek				
Piątek				
Przeciętna liczba godzin				

9. Zamawiający ma prawo do wyboru określonych godzin wskazanych powyżej (umieszczonych w tabelce). Kryteria wyboru ofert dotyczy tylko tych godzin w których Udzielający zamówienia ma potrzeby do zapewnienia udzielania świadczeń w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Wybrane oferty nie powodują automatycznie, iż wszystkie godziny bądź przedział godzin zostaną wybrane. Dokładny harmonogram (dni i godz.) udzielania świadczeń zdrowotnych zostanie ustalony z lub innym pracownikiem Udzielającego zamówienia posiadającym stosowne upoważnienie.
10. Przyjmujący zamówienie nie jest podmiotem podlegającym wykluczeniu w rozumieniu art. 7 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2022 r. poz. 835).
11. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż spełnia warunki określone w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062 z późn. zm.).
12. Przyjmując do wiadomości, iż świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz łączności Udzielającego Zamówienia, oświadczam, że za realizację zamówienia oczekuję należności wg niżej określonych stawek:

PAKIET I

- 1) Opis 1 badania mammografii skryningowej w ramach NFZ** wraz z obsługą Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP), w tym: wprowadzanie wyniku oceny zdjęcia mammograficznego, opis badania, wskazywanie zaleceń, zatwierdzanie wyników badań - zgodnie z nadanymi uprawnieniami.zł*

**Wartość za wykonanie 1 opisu badania mammografii skryningowej w ramach NFZ*

Deklaruję minimalną ilość wykonania opisów badania mammografii skryningowej w ramach NFZ w ciągu trwania umowy.

Deklaruję maksymalną ilość wykonania opisów badania mammografii skryningowej w ramach NFZ w ciągu trwania umowy.

PAKIET II

- 1) Opis badania diagnostycznego mammografii w ramach NFZ** wraz z obsługą Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP), w tym: wprowadzanie wyniku oceny zdjęcia mammograficznego, opis badania, wskazywanie zaleceń, zatwierdzanie wyników badań - zgodnie z nadanymi uprawnieniami.zł*

**Wartość za wykonanie 1 opisu badania diagnostycznego mammografii w ramach NFZ*

Deklaruję minimalną ilość wykonania opisów badania diagnostycznego mammografii w ramach NFZ w ciągu trwania umowy.

Deklaruję maksymalną ilość wykonania opisów badania diagnostycznego mammografii w ramach NFZ w ciągu trwania umowy.

PAKIET III

- 1) **Wykonanie badania w ramach diagnostyki pogłębionej w ramach NFZ (w tym: zdjęcie celowane, USG piersi, porada, biopsja gruboigłowa)**
Stawka za jeden punkt w ramach NFZ przy etapie diagnostyki pogłębionej w ramach NFZ.....zł*

**Wartość za 1 punkt przy etapie diagnostyki pogłębionej w ramach NFZ*

Deklaruję minimalną ilość punktów w ramach NFZ w ciągu trwania umowy.

Deklaruję maksymalną ilość punktów w ramach NFZ w ciągu trwania umowy.

PAKIET IV

- 1) **Stawka za wykonanie biopsji cienkoigłowej pod kontrolą USG%**
w stosunku do obowiązującego cennika z ewentualnym uwzględnieniem rabatu firmom i podmiotom zewnętrznym*

**Wartość oczekiwana nie wyższa niż 50% za wykonanie 1 biopsji cienkoigłowej pod kontrolą USG w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych w stosunku do obowiązującego cennika SPL dla PW SPZOZ w Warszawie z ewentualnym uwzględnieniem przyznanego rabatu firmom i podmiotom zewnętrznym.*

Deklaruję minimalną ilość wykonania biopsji cienkoigłowej pod kontrolą USG w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych w ciągu trwania umowy.

Deklaruję maksymalną ilość wykonania biopsji cienkoigłowej pod kontrolą USG w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych w ciągu trwania umowy.

- 2) **Stawka za wykonanie biopsji gruboigłowej pod kontrolą USG%**
w stosunku do obowiązującego cennika z ewentualnym uwzględnieniem rabatu firmom i podmiotom zewnętrznym*

**Wartość oczekiwana nie wyższa niż 50% za wykonanie 1 biopsji gruboigłowej pod kontrolą USG w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych w stosunku do obowiązującego cennika SPL dla PW SPZOZ w Warszawie z ewentualnym uwzględnieniem przyznanego rabatu firmom i podmiotom zewnętrznym.*

Deklaruję minimalną ilość wykonania biopsji gruboigłowej pod kontrolą USG w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych w ciągu trwania umowy.

Deklaruję maksymalną ilość wykonania biopsji gruboigłowej pod kontrolą USG w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych w ciągu trwania umowy.

- 3) **Stawka za wykonanie 1 badania USG piersi z opisem %**
w stosunku do obowiązującego cennika z ewentualnym uwzględnieniem przyznanego rabatu firmom i podmiotom zewnętrznym.

**Wartość oczekiwana nie wyższa niż 50% za wykonanie i opis 1 badania USG piersi w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych w stosunku do obowiązującego cennika SPL dla PW SPZOZ w Warszawie z ewentualnym uwzględnieniem przyznanego rabatu firmom i podmiotom zewnętrznym.*

Deklaruję minimalną ilość wykonania i opisu badania USG piersi w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych w ciągu trwania umowy.

Deklaruję maksymalną ilość wykonania i opisu badania USG piersi w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych w ciągu trwania umowy

PAKIET V

- 1) **Stawka za 1 konsultację lekarza radiologa %**
w stosunku do obowiązującego cennika z ewentualnym uwzględnieniem przyznanego rabatu firmom i podmiotom zewnętrznym.

**Wartość oczekiwana nie wyższa niż 50% za konsultację lekarza radiologa w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych w stosunku do obowiązującego cennika SPL dla PW SPZOZ w Warszawie z ewentualnym uwzględnieniem przyznanego rabatu firmom i podmiotom zewnętrznym.*

Deklaruję minimalną ilość konsultacji lekarskich z zakresu radiologii w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych w ciągu trwania umowy.

Deklaruję maksymalną ilość lekarskich z zakresu radiologii w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych w ciągu trwania umowy

- 2) **Stawka za wykonanie 1 zdjęcia celowanego (badanie + opis) %**
w stosunku do obowiązującego cennika z ewentualnym uwzględnieniem przyznanego rabatu firmom i podmiotom zewnętrznym.

**Wartość oczekiwana nie wyższa niż 50% za wykonanie 1 zdjęcia celowanego (badanie + opis) w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych w stosunku do obowiązującego cennika SPL dla PW SPZOZ w Warszawie z ewentualnym uwzględnieniem przyznanego rabatu firmom i podmiotom zewnętrznym.*

Deklaruję minimalną ilość wykonanych zdjęć celowanych (badanie + opis) w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych w ciągu trwania umowy.

Deklaruję maksymalną wykonanych zdjęć celowanych (badanie + opis) w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych w ciągu trwania umowy

- 3) **Stawka za 1 opis badania diagnostycznego mammografii %**
w stosunku do obowiązującego cennika z ewentualnym uwzględnieniem przyznanego rabatu firmom i podmiotom zewnętrznym.

**Wartość oczekiwana nie wyższa niż 50% za opis 1 badania diagnostycznego mammografii w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych w stosunku do obowiązującego cennika SPL dla PW SPZOZ w Warszawie z ewentualnym uwzględnieniem przyznanego rabatu firmom i podmiotom zewnętrznym.*

Deklaruję minimalną ilość opisów badań diagnostycznego mammografii w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych w ciągu trwania umowy.

Deklaruję maksymalną ilość opisów badań diagnostycznego mammografii w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych w ciągu trwania umowy

– z zastrzeżeniem dla niniejszego ustępu obliczania wynagrodzenia umownego w zgodzie z warunkami określonymi w we wzorze umowy, w tym z § 13 ust. 2-17 wzoru umowy.

13. Wynagrodzenie jednostkowe podane w formularzu ofertowym w ust. 10, jest wynagrodzeniem niezmiennym, obowiązującym do końca trwania umowy, z zastrzeżeniem zdania drugiego. Wynagrodzenie jednostkowe nie podlega zmianie ani negocjacji, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych we wzorze umowy, przy czym zmiana musi uwzględniać zapisy obowiązującego prawa, w tym w szczególności z art. 27 ust. 5 ustawy dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.).
14. W przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie ma ważną umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, której termin i zakres pokrywałby się z niniejszą umową i postanowieniami niniejszej umowy, które są korzystne lub neutralne dla Udzielającego zamówienia w stosunku do tej ważnej umowy, to Strony postanawiają, że umowa Nr z dnia rozwiązuje się w całości na mocy porozumienia stron w przeddzień rozpoczęcia obowiązywania niniejszej umowy tj. z dniem.....
15. W przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie ma ważną umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, której termin i zakres pokrywałby się z niniejszą umową i postanowieniami niniejszej umowy, które są niekorzystne dla Udzielającego zamówienia w stosunku do tej ważnej umowy, to Strony postanawiają, że umowa niniejsza zaczyna obowiązywać po dniu wygaśnięcia obowiązywania umowy Nr.....z dnia..... tj. niniejsza umowa zaczyna obowiązywać z dniem.....
16. W przypadku, w której Przyjmujący zamówienie ma zawartą inną ważną umowę z Udzielającym zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych dopuszcza się wykonywanie niniejszej umowy również w godzinach wskazanych w poprzednio zawartej ważnej umowie, której termin obowiązywania częściowo lub całkowicie pokrywa się niniejszą umową, pod warunkiem oświadczenia przez Przyjmującego zamówienie w ofercie, że wykonywanie niniejszej umowy nie wpłynie niekorzystnie na wykonanie poprzednio zawartej umowy i Przyjmujący zamówienie jest w stanie wykonać zobowiązania z obydwu umów, zgodnie z przepisami, w tym zgodnie z zapisami tych umów. W przypadku gdy Przyjmujący zamówienie został wybrany w postępowaniu dotyczącym niniejszej umowy i złożył powyższe oświadczenie, i stanowiące **załącznik nr 5 do umowy**, dopuszcza się wykonywanie obydwu umów przepisów o wyborze jednej z umów wskazanych w ust. 11 albo 12 nie stosuje się. **(Do oferty Oferent w przypadku spełnienia warunków wskazanych w niniejszym ustępie ma obowiązek dołączyć wypełniony załącznik nr 5 do wzoru umowy).**

Zapis całości danych z ust. 12 zostanie dostosowany do wyników konkursu, zgodnie ze złożonymi ofertami które wygrały, co będzie miało wpływ na brzmienie § 13 ust. 1 umowy.

.....
podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty

III. OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE o zapoznaniu się z przepisami prawnym.

1. Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.
2. Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.
3. Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 90 dni od daty upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, Prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numerów telefonu stacjonarnego i komórkowego, e - mail przez SPL dla PW SPZOZ w Warszawie dla potrzeb bieżącego konkursu ofert i realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Przychodni.
5. Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu wskazanego w ofercie w SPL dla PW SPZOZ w Warszawie nie udzielam innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w Przychodni.
6. Oświadczam, że nie toczy się przeciw mnie postępowanie dotyczące odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza.
7. Oświadczam, iż przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych, dostarczę polisę ubezpieczeniową i będę ją utrzymywał przez cały okres trwania umowy z Udzielającym Zamówienia.
8. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o nich Udzielającego Zamówienia
9. Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.
10. Oświadczam, że nie jestem podmiotem polegającym na wykluczeniu w rozumieniu art.7 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspierania agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. 2022 poz.835)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Oświadczenie Oferenta

Oświadczam, że jestem stroną umowy zawartej z Specjalistyczną Przychodnią Lekarską dla Pracowników Wojska Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie w dniu o nr której termin obowiązywania częściowo/całkowicie* pokrywa się z niniejszą umową z dnianr..... . Oświadczam, że wykonanie niniejszej umowy z dnianr nie wpłynie niekorzystnie na wykonanie uprzednio zawartej umowy i jestem w stanie wykonać zobowiązania z obydwu umów, zgodnie z przepisami, w tym zgodnie z zapisami obydwu wyżej wymienionych umów.

* niepotrzebne skreślić

.....
Podpis Oferenta

