

FORMULARZ OFERTOWY

Składam niniejszą ofertę na:

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:

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. Aktualną polisę OC;
4. Aktualny wpis z CEIDG;
5. Kopię aktualnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do świadczenia usług w ramach świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu;
6. Kopię aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia BHP;
7. Inne.....

.....

miejsce 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 placówkach przy:

ul. Andersa 16/18

Dni Tygodnia	od do... Co minut	Liczba godzin NFZ	Poradnia ul. Andersa 16/18	od.....do... Co minut
Poniedziałek			Poradnia ul. Andersa 16/18	
Wtorek			Poradnia ul. Andersa 16/18	
Środa			Poradnia ul. Andersa 16/18	
Czwartek			Poradnia ul. Andersa 16/18	
Piątek			Poradnia ul. Andersa 16/18	
Przeciętna liczba godzin				

9. O wyborze miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych decydują aktualne potrzeby Udzielającego zamówienia i strony ustalają miejsce zgodnie z umową. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do zmiany harmonogramu świadczeń medycznych w zależności od potrzeb kadrowych lub wielkości kontraktu.

10. Godziny pracy w zakresie odpłatnych świadczeń zdrowotnych, Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich nie mogą pokrywać się ze świadczeniami w ramach NFZ (jeżeli dotyczy)

11. 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. Dokładny harmonogram (dni i godz.) udzielania świadczeń zdrowotnych zostanie ustalony z Naczelną Pielęgniarką.

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 (brutto) wg następującej kalkulacji oraz akceptuje następujący system wynagradzania:

PAKIET I: świadczenia zdrowotne w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia

<p>Poradnia Okulistyczna</p>	<p>Świadczenia w zakresie NFZ</p>	<p>ul. Andersa 16/18 liczba lekarzy 1-2</p>	<p><u>Świadczenia specjalistyczne*:</u></p> <p>a) Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi: zł nie więcej niż 0,90 zł (praca bez pielęgniarki) w tym wykonywanie przez Przyjmującego zamówienie podczas wizyty badań okulistycznych tj.: AKR; RR; Grubość Rogówki; Pole Widzenia; Mezotest; Badanie Wczesnego Wykrywania Zaćmy (kontrast); EFDT - 30; Pole Neurologiczne; Pole Jaskrowe*.</p> <p>b) Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi: zł nie więcej niż 0,82 zł (praca bez pielęgniarki) w tym wykonywanie w gabinecie diagnostycznym badań wstępnych okulistycznych przez pielęgniarkę tj.: AKR; RR; Grubość Rogówki; Pole Widzenia; Mezotest; Badanie Wczesnego Wykrywania Zaćmy (kontrast); EFDT - 30; Pole Neurologiczne; Pole Jaskrowe*.</p> <p>c) Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi:..... zł nie więcej niż 0,66 zł (praca z pielęgniarką w gabinecie) w tym wykonywanie w gabinecie diagnostycznym badań wstępnych okulistycznych przez pielęgniarkę tj.: AKR; RR; Grubość Rogówki; Pole Widzenia; Mezotest; Badanie Wczesnego Wykrywania Zaćmy (kontrast); EFDT - 30; Pole Neurologiczne; Pole Jaskrowe*.</p> <p><u>Świadczenia zabiegowe*:</u></p> <p>a) Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi: zł nie więcej niż 0,90 zł (praca bez pielęgniarki) w tym wykonywanie przez Przyjmującego zamówienie podczas wizyty badań okulistycznych tj.: AKR; RR; Grubość Rogówki; Pole Widzenia; Mezotest; Badanie Wczesnego Wykrywania Zaćmy (kontrast); EFDT - 30; Pole Neurologiczne; Pole Jaskrowe*.</p> <p>b) Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ</p>
-------------------------------------	-----------------------------------	--	--

			<p>wynosi:</p> <p>..... zł nie więcej niż 0,82 zł (praca bez pielęgniarki) w) w tym wykonywanie w gabinecie diagnostycznym badań wstępnych okulistycznych przez pielęgniarkę tj.: AKR; RR; Grubość Rogówki; Pole Widzenia; Meztotest; Badanie Wczesnego Wykrywania Zaćmy (kontrast); EFDT - 30; Pole Neurologiczne; Pole Jaskrowe*.</p> <p>c) Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi:..... zł nie więcej niż 0,66 zł (praca z pielęgniarką w gabinecie) w tym wykonywanie w gabinecie diagnostycznym badań wstępnych okulistycznych przez pielęgniarkę tj.: AKR; RR;Grubość Rogówki; Pole Widzenia; Meztotest; Badanie Wczesnego Wykrywania Zaćmy (kontrast); EFDT - 30; Pole Neurologiczne; Pole Jaskrowe.*</p> <p><u>Świadczenia ze wskazań nagłych*:</u></p> <p>a) Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi: zł nie więcej niż 0,90 zł (praca bez pielęgniarki) w tym wykonywanie przez Przyjmującego zamówienie podczas wizyty badań okulistycznych tj.: AKR; RR; Grubość Rogówki; Pole Wi-dzenia; Meztotest; Badanie Wczesnego Wykrywania Zaćmy (kontrast); EFDT - 30; Pole Neurologiczne; Pole Jaskrowe*.</p> <p>b) Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi: zł nie więcej niż 0,82 zł (praca bez pielęgniarki)) w tym wykonywanie w gabinecie diagnostycznym badań wstępnych okulistycznych przez pielęgniarkę tj AKR; RR; Grubość Ro-gówki; Pole Widzenia; Meztotest; Badanie Wczesnego Wykrywa-nia Zaćmy (kontrast); EFDT - 30; Pole Neurologiczne; Pole Jaskrowe*.</p> <p>c) Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wy-nosi:..... zł nie więcej niż 0,66 zł (praca z pielęgniarką w gabi-necie) w tym wykonywanie w gabinecie diagnostycznym badań wstępnych okulistycznych przez pielęgniarkę tj.: AKR; RR;Gru-bość Rogówki; Pole Widzenia; Meztotest; Badanie Wczesnego Wykrywania Zaćmy (kontrast); EFDT - 30; Pole Neurologiczne; Pole Jaskrowe.*</p> <p>ul. Andersa 16/18</p> <p>Ilość jednostek specjalistycznych: 18 175 miesięcznie w poradni</p> <p>Ilość jednostek specjalistycznych zabiegowych: 75 miesięcznie w poradni</p> <p>Ilość jednostek ze wskazań nagłych 690 miesięcznie w poradni</p> <p>Termin zawarcia umowy: 19.04.2024-31.12.2024</p> <p><u>Wymagane:</u></p> <p><i>*Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 2 razy w tygodniu co najmniej 4 godziny (w tym co najmniej jeden dzień do godziny 18.00) lub 3 razy w tygodniu co najmniej 2 godziny (poniedziałek, wtorek i piątek w tym co najmniej jeden dzień do godz. 18.00) w danej poradni.</i></p>
--	--	--	--

PAKIET II: świadczenia zdrowotne odpłatne

Poradnia Okulistyczna	Odpłatne świadczenia zdrowotne	ul. Andersa 16/18 liczba lekarzy: 1	<p>Stawka za jedną konsultację specjalistyczną w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych - wartość oczekiwana</p> <p>.....zł nie wyższa niż 50% za w stosunku do obowiązującego cennika SPL dla PW SPZOZ w Warszawie z ewentualnym</p>
-----------------------	--------------------------------	--	--

			uwzględnieniem przyznanego rabatu firmom i podmiotom zewnętrznym. Liczba odpłatnych konsultacji w okresie trwania umowy: ul. Andersa 16/18- 300 Termin zawarcia umowy: 19.04.2024-31.03.2026 r.
--	--	--	---

13. Deklaruję możliwość wypracowania **w ramach świadczeń zdrowotnych NFZ;**

- jednostek rozliczeniowych specjalistycznych min. w ilości..... w ciągu miesiąca w Przychodni przy **ul. Andersa 16/18**

- jednostek rozliczeniowych specjalistycznych max. w ilości..... w ciągu miesiąca w Przychodni przy **ul. Andersa 16/18**

- jednostek rozliczeniowych zabiegowych min. w ilości w ciągu miesiąca w Przychodni przy **ul. Andersa 16/18**

- jednostek rozliczeniowych zabiegowych max. w ilościw ciągu miesiąca w Przychodni przy **ul. Andersa 16/18**

- jednostek rozliczeniowych ze wskazań nagłych min. w ilości w ciągu miesiąca w Przychodni przy **ul. Andersa 16/18**

- jednostek rozliczeniowych ze wskazań nagłych max. w ilościw ciągu miesiąca w Przychodni przy **ul. Andersa 16/18**

- Deklaruję przyjęcia pacjentów co minut.

14. Deklarujęilość konsultacji specjalistycznych **w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych** w trakcie trwania umowy.

- Deklaruję przyjęcia pacjentów co minut.

Ceny podane w formularzu ofertowym, są cenami niezmiennymi, obowiązującymi do końca trwania umowy. Ceny nie podlegają zmianie ani negocjacji .

15. Przyjmujący zamówienie dokonuje podpisania umowy zgodnie z treścią szczegółowych istotnych warunków zamówienia.

16. Z wybranym Oferentem zostanie podpisana umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodna w treści ze wzorem załączonym do SWKO.

17. Podmioty gospodarcze posiadające na dzień składania ofert umowę kontraktową o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze Specjalistyczną Przychodnią Lekarską dla Pracowników Wojska SPZOZ w Warszawie biorące udział w postępowaniu będą mogły podpisać nową umowę, jeżeli złożona obecnie oferta

będzie korzystniejsza dla Przychodni pod względem finansowym i zabezpieczenia świadczeń.

18. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie ma ważną umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, której termin i zakres pokrywałyby się z niniejszą umową i postanowienia niniejszej umowy są korzystne lub neutralne dla Udzielającego zamówienia w stosunku do tej ważnej umowy, to Strony postanawiają, że umowa Nr..... z dniarozwiązuje się w całości na mocy porozumienia stron w przeddzień rozpoczęcia obowiązywania niniejszej umowy.

19. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie ma ważną umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, której termin i zakres pokrywałyby się z niniejszą umową i postanowienia niniejszej umowy 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.

20. Strony umowy mogą w drodze porozumienia stron zmienić umowę pod warunkiem, że zmiana będzie korzystna lub neutralna dla Udzielającego zamówienia. Zmiana może dotyczyć również zwiększenia ilości punktów do wykonania przez Przyjmującego zamówienie, jeżeli z analizy Udzielającego zamówienia wynikać będzie, że jest to zmiana neutralna lub korzystna dla Udzielającego zamówienia, a środki zabezpieczone na wykonanie umowy znajdują się w planie finansowym i brak jest przesłanek do ogłoszenia dodatkowych konkursów, ze względu na czas konieczności wykonania dodatkowych punktów lub brak dodatkowych miejsc u Udzielającego zamówienia na wykonanie świadczeń lub godzin w których mogą być wykonywane lub też prognozę, że na ogłoszony dodatkowy konkurs nikt najprawdopodobniej się nie zgłosi lub ceny zaproponowane będą wyższe niż w przedmiotowym konkursie. Art. 27 ust.5 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. leczniczej o działalności leczniczej, stosuje się odpowiednio. Cena jednostkowa za punkt lub badanie nie może zostać podwyższona przez cały czas obowiązywania umowy.

21. 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, stanowiące **załącznik nr 5** do umowy, dopuszcza się wykonywanie obydwu umów i przepisów o wyborze jednej z umów wskazanych w ust. 19 i 20 nie stosuje się.

III. OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z PRZEPISAMI PRAWNYMI

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 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* będzie się pokrywał z niniejszą umową. Oświadczam, że wykonanie niniejszej umowy 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

