

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

.....

.....

.....

.....

.....

(wpisać bank i nr konta)

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

Aktualny wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez właściwą Izbę Lekarską, z wpisem adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;

Poświadczane kopie dokumentów (dyplomy, prawo wykonywania zawodu lekarza, posiadana specjalizacja, zaświadczenie o odbyciu specjalizacji, karta szkolenia specjalizacyjnego w przypadku odbywania specjalizacji, przebieg pracy zawodowej, certyfikaty potwierdzające umiejętności w zakresie wykonywania badań o których mowa w przedmiocie zamówienia);

Aktualną polisę OC;

Aktualny wpis z CEIDG:

Kopię aktualnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do świadczenia usług w ramach świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu;

Kopię aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia BHP;

Inne.....

miejsowość 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 udzielania świadczeń zdrowotnych w placówce przy ul.

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.

Dni Tygodnia	Liczba godzin	Poradnia ul.....
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		
Przeciętna liczba godzin		

10. 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 akceptuję następujący system wynagradzania:

Poradnia Okulistyczna	<p>Proponujęzł brutto za jednego pacjenta przyjętego w ramach Wojskowych Komisji Lekarskich.</p> <p>Zobowiązuję się do wykonania konsultacji okulistycznej w tym badania: korekcja wady do dali, widzenie przestrzenne TNO, orientacyjne pole widzenia, badanie dna oka, badanie widzenia barwnego.</p> <p>Zobowiązuję się do przeprowadzenia konsultacji wraz z badaniami maksymalnie w ciągu 4 minut. Gotowość do pracy od godz. 6:45</p>
Poradnia chorób wewnętrznych (Konsultacje internistyczne)	<p>Proponujęzł brutto za jednego pacjenta przyjętego w ramach Wojskowych Komisji Lekarskich.</p> <p>Zobowiązuję się do wykonania konsultacji internistycznej w tym: wywiad, badanie przedmiotowe i podmiotowe, opis badania EKG, ocenę wyników badań laboratoryjnych i diagnostycznych.</p> <p>Zobowiązuję się do przeprowadzenia konsultacji wraz z badaniami maksymalnie w ciągu 6 minut. Gotowość do pracy od godz. 12:45</p>
Poradnia otolaryngologiczna	<p>Proponujęzł brutto za jednego pacjenta przyjętego w ramach Wojskowych Komisji Lekarskich.</p> <p>Zobowiązuję się do wykonania konsultacji otolaryngologicznej w tym: ocena badania audiogramu</p> <p>Zobowiązuję się do przeprowadzenia konsultacji wraz z badaniami maksymalnie w ciągu 6 minut. Gotowość do pracy od godz. 7:45</p>
Poradnia Psychiatryczna	<p>Proponujęzł brutto za jednego pacjenta przyjętego w ramach Wojskowych Komisji Lekarskich.</p> <p>Zobowiązuję się do wykonania konsultacji Psychiatrycznej maksymalnie w ciągu 6 minut. Gotowość do pracy od godz. 7:00</p>

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

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

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

13. 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.

14. 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 tj. z dniem.....r

15. 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. niniejsza umowa zaczyna obowiązywać z dniem.....r.

16. 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 (Dz. U. z 2022 r., poz. 633, z późn. zm.) stosuje się odpowiednio. Cena jednostkowa za punkt lub badanie nie może zostać podwyższona przez cały czas obowiązywania umowy.

17. 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. 16 i 17 nie stosuje się.

III. OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

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, że wyrażam/nie wyrażam zgody na doręczanie przez Komisję Konkursową oświadczeń i zawiadomień za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail wskazanym w formularzu ofertowym (Załącznik Nr), bez zachowania wymogów dotyczących bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 262 z późn. zm.).
8. Oświadczam, iż przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych, dostarczę polisę ubezpieczeniową i będę ją utrzymywał przez cały okres trwania umowy z Udzielającym Zamówienia.
9. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o nich Udzielającego Zamówienia
10. Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.
11. Oświadczam, że nie jest podmiotem polegającym wykluczeniu 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)

Załącznik nr 5

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