

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 pielęgniarki/technika elektroradiologii*)

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. Poświadczane kopie dokumentów (dyplomy, prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, posiadana specjalizacja, zaświadczenie o odbycie specjalizacji, karta szkolenia specjalizacyjnego w przypadku odbywania specjalizacji, przebieg pracy zawodowej, certyfikaty potwierdzające umiejętności w zakresie wykonywania świadczeń o których mowa w przedmiocie zamówienia**; kurs kontroli jakości w mammografii cyfrowej oraz ucyfrowionej, potwierdzone doświadczenie w wykonywaniu zdjęć mammograficznych oraz ogólnodiagnostycznych, potwierdzone doświadczenie w prowadzeniu kontroli jakości aparatów oraz w obróbce cyfrowej wykonywanych badań i ich archiwizacji, certyfikaty, zaświadczenia z kursów, szkoleń, przebieg pracy zawodowej***);
2. Aktualny wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, z wpisem adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych (do czasu podpisania umowy),
3. Aktualny wpis do właściwego Krajowego Rejestru Sadowego lub wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
4. Aktualną polisę ubezpieczenia na kwotę wymagana Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019 r.poz.866),
5. Kopię aktualnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do świadczenia usług w ramach świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu;

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy Pakietu I

*** dotyczy Pakietu II

6. Zaświadczenie ochrona radiologiczna pacjenta (jeżeli danego Oferenta dotyczy),
7. Kopię aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia BHP;
8. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie tj. „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń;
9. 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);
10. Oświadczam, że jestem ubezpieczony/a za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt. 1) ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej w wysokości określonej w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz, że ubezpieczenie to będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia lub Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej oraz, że ubezpieczenie to będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia;
11. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia;
12. Oświadczam, że jestem związany ofertą w terminie 90 dni od terminu na składanie ofert.
13. Inne.....

.....
miejscość 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. Posiada zarejestrowaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą/rejestr, indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarskiej, zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty (jeżeli dotyczy).
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 (jeżeli dotyczy).
7. Posiada uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty.
8. Oferuję dyspozycyjność do udzielania świadczeń zdrowotnych w placówkach **(zaznaczyć wybrane):**

Pakiet I:

- I. przy ul. Nowowiejskiej 31
- II. przy ul. Nowowiejskiej 5
- III. przy ul. Nowowiejskiej 10
- IV. przy ul. Gen. Władysław Andersa 14-16

Pakiet II

- I. przy ul. Nowowiejskiej 31
- II. przy ul. Nowowiejskiej 5

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	od ...do..	Poradnia/Pracownia ul.....	od.....do...	Gabinet ul.....	Od.....do.....
Poniedziałek					
Wtorek					
Środa					
Czwartek					
Piątek					
Przeciętna liczba godzin					

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 Naczelną Pielęgniarką.

9. 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).

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 akceptuje następujący system wynagradzania:

Świadczenia w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich/w ramach kontraktu z NFZ <u>w zakresie pielęgniarstwa</u>	<p>Wartość za 1 godzinę pracy świadczeń pielęgniarstwach zł</p> <p><i>Deklaruję minimalną ilość godzin w miesiącu udzielania świadczeń pielęgniarstwach</i> <i>Deklaruję maksymalną ilość godzin w miesiącu udzielania świadczeń pielęgniarstwach</i></p> <p><u>Wymagane:</u> *Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 6 godz., maksimum 12 godz. dziennie, w tym 1x w godzinach popołudniowych, minimalna ilość godzin w miesiącu: 120</p>
Świadczenia w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich/w ramach kontraktu z NFZ <u>w zakresie elektroradiologii</u>	<p>Wartość za 1 godzinę pracy technika elektroradiologii zł</p> <p><i>Deklaruję minimalną ilość godzin w miesiącu pracy jako technik radiologii</i> <i>Deklaruję maksymalną ilość godzin w miesiącu pracy jako technik radiologii</i></p> <p><u>Wymagane:</u> *Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 6 godz., maksimum 9 godz. dziennie, w tym 1x w godzinach popołudniowych, minimalna ilość godzin w miesiącu: 120</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 w terminie:

Pakiet I: od 01.10.2024 r. do 30.09.2025 r.

Pakiet II: 16.09.2024 r. do 30.09.2025 r.

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 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 pielęgniarki*.*
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, 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/am zgodnie z prawdą. Jeżeli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o nich Udzielającego Zamówienia.*
10. *Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki pielęgniarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.*

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)