

FORMULARZ OFERTOWY

PAKIET I

Świadczenia zdrowotne w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej

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. Poświadczony kopie dokumentów (dyplomy, prawo wykonywania zawodu lekarza, posiadana specjalizacja, zaświadczenie o odbycie specjalizacji, karta szkolenia specjalizacyjnego w przypadku odbywania specjalizacji, zaświadczenie o stażu pracy, 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 i zaświadczenie sanitarno-epidemiologicznych;
6. Kopia aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia BHP;
7. Inne.....

.....

.....
miejscowość i data

.....

.....
podpis oferent

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 (zaznaczyć wybraną):
 - I. przy ul. Nowowiejskiej 5
 - II. przy ul. Nowowiejskiej 31
 - III. przy ul. Andersa 14/16

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 zdrowotnych w zależności od potrzeb kadrowych lub wielkości kontraktu.

Wizyty domowe należy wskazać w tabeli poniżej tj. w ilości 1 raz w tygodniu po 1,5 godziny

DNI TYGODNIA	ODDO.....	LICZBA GODZIN	Adres Poradni POZ
Poniedziałek			
(w tym wizyty domowe)			
Wtorek			
(w tym wizyty domowe)			
Środa			
(w tym wizyty domowe)			
Czwartek			
(w tym wizyty domowe)			
Piątek			
(w tym wizyty domowe)			
Przeciętna liczba godzin w tygodniu			

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 Kierownikiem Wydziału

Sprzedaży i Rozliczeń Świadczeń Medycznych lub innym pracownikiem Udzielającego zamówienia posiadającym stosowne upoważnienie.

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:

PAKIET I - Świadczenia zdrowotne w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia:

L.p.	Rodzaj świadczenia	Wartość za udzielane świadczenia w zakresie:
1	Świadczenia zdrowotne w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej w tym: <ul style="list-style-type: none"> - wizyty domowe; - świadczenia lekarza POZ w ramach realizacji profilaktyki CHUK; - choroby odtytoniowe (w tym: POCHP); - kwalifikacje do szczepień osób spoza listy POZ (COVID-19 i sezonowej grypy); - obowiązek uczestniczenia lekarza POZ w audytach dot. procesu akredytacji POZ i prowadzenia dokumentacji pozostającej w zgodzie ze standardami akredytacyjnymi; 	1. Wartość za 1 godzinę pracy w poradni POZ)zł brutto w ramach świadczeń POZ (w tym wizyty domowe) <i>Wymagane:</i> - praca min. 4 razy w tygodniu, 10 godzin dziennie, w tym wizyty domowe 1 raz w tygodniu po 1,5 godziny Termin zawarcia umowy: od 09.12.2024 r. do 31.12.2025 r.
	Świadczenia zdrowotne w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej w tym: <ul style="list-style-type: none"> - wizyty domowe; - świadczenia lekarza POZ w ramach realizacji profilaktyki CHUK; - choroby odtytoniowe (w tym: POCHP); - kwalifikacje do szczepień osób spoza listy POZ (COVID-19 i sezonowej grypy); - obowiązek uczestniczenia lekarza POZ w audytach dot. procesu akredytacji POZ i prowadzenia dokumentacji pozostającej w zgodzie ze standardami akredytacyjnymi; 	1. Wartość za 1 godzinę pracy w poradni POZ)zł brutto w ramach świadczeń POZ (w tym wizyty domowe) <i>Wymagane:</i> - praca min. 4 razy w tygodniu, 8 godzin dziennie, w tym wizyty domowe 1 raz w tygodniu po 1,5 godziny Termin zawarcia umowy: od 09.12.2024 r. do 31.12.2025 r.
	Świadczenia zdrowotne w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej w tym: <ul style="list-style-type: none"> - wizyty domowe; - świadczenia lekarza POZ w ramach realizacji profilaktyki CHUK; - choroby odtytoniowe (w tym: POCHP); - kwalifikacje do szczepień osób spoza listy POZ (COVID-19 i sezonowej grypy); - obowiązek uczestniczenia lekarza POZ w audytach dot. procesu akredytacji POZ i prowadzenia dokumentacji pozostającej w zgodzie ze standardami akredytacyjnymi; 	1. Wartość za 1 godzinę pracy w poradni POZ)zł brutto w ramach świadczeń POZ (w tym wizyty domowe) <i>Wymagane:</i> - praca min. 2 razy w tygodniu, 4 godziny dziennie, w tym wizyty domowe 1 raz w tygodniu po 1,5 godziny Termin zawarcia umowy: od 09.12.2024 r. do 31.12.2025 r.

Deklaruję minimalną ilość godzin w tygodniu.....w ramach POZ tj. minimalna ilość godzinw ciągu trwania umowy.

Deklaruję maksymalną ilość godzin w tygodniu w ramach POZ tj. maksymalna liczba godzinw ciągu trwania umowy.

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: **od. do.....**

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 zamówienie 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 zamówienie 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. Cena jednostkowa usługi nie może zostać podwyższona przez cały okres trwania umowy. Zmiany te nie mogą naruszać art. 27 ust. 5 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn.zm.).

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 6** do umowy, dopuszcza się wykonywanie obydwu umów i przepisów o wyborze jednej z umów wskazanych w ust. 14 i 15 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 30 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, bez zachowania wymogów dotyczących bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym.*
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.*

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)