

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. Poświadczone 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.....

.....

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 udzielenia świadczeń zdrowotnych w placówkach przy:

ul. Nowowiejskiej 31

ul. Nowowiejskiej 5

| Dni Tygodnia | W godzinach od - do | Liczba godzin | Placówka 1 | W godzinach od - do. | Liczba godzin | Placówka 2 |
|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------|-------------------|---------------------------------|----------------------|-------------------|
| Poniedziałek | | | | | | |
| Wtorek | | | | | | |
| Środa | | | | | | |
| Czwartek | | | | | | |
| Piątek | | | | | | |
| 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, nie mogą pokrywać się ze świadczeniami w ramach NFZ.

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 odpłatne w zakresie Ultrasonografia wraz z opisem:

| L p. | Zakres (nazwa komórki organizacyjnej) | Liczba lekarzy i miejsce udzielania świadczeń | Sposób rozliczania |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 2 | 4 | 6 |
| 1 | Pracownia Diagnostyki Obrazowej USG Doppler z opisem | ul. Nowowiejska 31 ul. Nowowiejska 5 | w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych Oferowana stawka za wykonanie 1 badania wraz z opisemzł maksymalna liczba USG w trakcie trwania umowy deklarowana liczba USG wraz opisem badań <i>* Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w pracowni co najmniej 2 razy w tygodniu</i> |
| 2 | Pracownia Diagnostyki Obrazowej USG TRUS z opisem | ul. Nowowiejska 31 ul. Nowowiejska 5 | w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych Oferowana stawka za wykonanie 1 badania wraz z opisemzł maksymalna liczba USG w trakcie trwania umowy deklarowana liczba USG wraz opisem badań <i>* Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w pracowni co najmniej 2 razy w tygodniu</i> |
| 3 | Pracownia Diagnostyki Obrazowej USG jamy brzusznej z opisem | ul. Nowowiejska 31 ul. Nowowiejska 5 | w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych Oferowana stawka za wykonanie 1 badania wraz z opisemzł maksymalna liczba USG w trakcie trwania umowy deklarowana liczba USG wraz opisem badań <i>* Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w pracowni co najmniej 2 razy w tygodniu</i> |
| 4 | Pracownia Diagnostyki Obrazowej USG układu moczowego z opisem | ul. Nowowiejska 31 ul. Nowowiejska 5 | w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych Oferowana stawka za wykonanie 1 badania wraz z opisemzł maksymalna liczba USG w trakcie trwania umowy deklarowana liczba USG wraz opisem badań <i>* Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w pracowni co najmniej 2 razy w tygodniu</i> |
| 5 | Pracownia Diagnostyki Obrazowej USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne z opisem | ul. Nowowiejska 31 ul. Nowowiejska 5 | w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych Oferowana stawka za wykonanie 1 badania wraz z opisemzł maksymalna liczba USG w trakcie trwania umowy deklarowana liczba USG wraz opisem badań <i>* Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w pracowni co najmniej 2 razy w tygodniu</i> |
| 6 | Pracownia Diagnostyki Obrazowej USG jądra i najądrzy z opisem | ul. Nowowiejska 31 ul. Nowowiejska 5 | w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych Oferowana stawka za wykonanie 1 badania wraz z opisemzł maksymalna liczba USG w trakcie trwania umowy deklarowana liczba USG wraz opisem badań <i>* Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w pracowni co najmniej 2 razy w tygodniu</i> |

| | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7 | Pracownia Diagnostyki Obrazowej USG piersi z opisem | ul. Nowowiejska 31 ul. Nowowiejska 5 | w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych Oferowana stawka za wykonanie 1 badania wraz z opisemzł maksymalna liczba USG w trakcie trwania umowy deklarowana liczba USG wraz opisem badań <i>* Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w pracowni co najmniej 2 razy w tygodniu</i> |
| 8 | Pracownia Diagnostyki Obrazowej USG stawów z opisem | ul. Nowowiejska 31 ul. Nowowiejska 5 | w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych Oferowana stawka za wykonanie 1 badania wraz z opisemzł maksymalna liczba USG w trakcie trwania umowy deklarowana liczba USG wraz opisem badań <i>* Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w pracowni co najmniej 2 razy w tygodniu</i> |
| 9 | Pracownia Diagnostyki Obrazowej USG tkanek miękkich z opisem | ul. Nowowiejska 31 ul. Nowowiejska 5 | w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych Oferowana stawka za wykonanie 1 badania wraz z opisemzł maksymalna liczba USG w trakcie trwania umowy deklarowana liczba USG wraz opisem badań <i>* Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w pracowni co najmniej 2 razy w tygodniu</i> |
| 10 | Pracownia Diagnostyki Obrazowej USG tarczycy i przytarczyc z opisem | ul. Nowowiejska 31 ul. Nowowiejska 5 | w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych Oferowana stawka za wykonanie 1 badania wraz z opisemzł maksymalna liczba USG w trakcie trwania umowy deklarowana liczba USG wraz opisem badań <i>* Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w pracowni co najmniej 2 razy w tygodniu</i> |
| 11 | Pracownia Diagnostyki Obrazowej USG ślinianek z opisem | ul. Nowowiejska 31 ul. Nowowiejska 5 | w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych Oferowana stawka za wykonanie 1 badania wraz z opisemzł maksymalna liczba USG w trakcie trwania umowy deklarowana liczba USG wraz opisem badań <i>* Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w pracowni co najmniej 2 razy w tygodniu</i> |
| 12 | Pracownia Diagnostyki Obrazowej USG węzłów chłonnych z opisem | ul. Nowowiejska 31 ul. Nowowiejska 5 | w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych Oferowana stawka za wykonanie 1 badania wraz z opisemzł maksymalna liczba USG w trakcie trwania umowy deklarowana liczba USG wraz opisem Badań <i>* Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w pracowni co najmniej 2 razy w tygodniu</i> |
| 13 | Pracownia Diagnostyki Obrazowej USG kanału pachwinowego z opisem | ul. Nowowiejska 31 ul. Nowowiejska 5 | w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych Oferowana stawka za wykonanie 1 badania wraz z opisemzł maksymalna liczba USG w trakcie trwania umowy deklarowana liczba USG wraz opisem Badań <i>* Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w pracowni co najmniej 2 razy w tygodniu</i> |

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. 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

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 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.

19. 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 oświadczenie, stanowiące **załącznik nr 5** do umowy, dopuszcza się wykonywanie obydwu umów.

III. OŚWIADCZENIE PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z PRZEPISAMI PRAWNYMI

1. Oświadczam, że zapoznałem(lam) 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* 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