

FORMULARZ OFERTOWY

Składam niniejszą ofertę na świadczenia zdrowotne w zakresie (podać numer pakietu i zakres świadczeń):

.....

.....

.....

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. Poświadczony 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);
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. Nowowiejskiej 10

ul. Nowowiejskiej 5

ul. Nowowiejskiej 31

ul. Andersa 14/16

Dni Tygodnia	W godzinach od do...	Liczba godzin w ramach NFZ	Placówka	W godzinach od do...	Liczba godzin w ramach MP i KW	Placówka	W godzinach od do...	Liczba godzin w ramach św. odpłatnych	Placówka
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, Medycyny Pracy i Wojskowych

Komisji Lekarskich 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 w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia

Poradnia Dermatologiczna	Świadczenia w zakresie NFZ	ul. Nowowiejska 5 liczba lekarzy 1-2	<p><u>Świadczenia specjalistyczne*:</u> Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi: zł (praca z pielęgniarką), zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p><u>Świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe*:</u> Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową pierwszorazową w ramach NFZ wynosi: zł (praca z pielęgniarką), zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p>ul. Nowowiejska 5 Ilość jednostek specjalistycznych: 11 540 miesięcznie w poradni Ilość jednostek specjalistycznych pierwszorazowych: 7 209 miesięcznie w poradni <u>Wymagane:</u> <i>*Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz (preferowane min. 2 razy) w tygodniu co najmniej 4 godziny, w przedziale czasowym 07:00-14:00 lub co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 14:00-20:00</i></p>
Poradnia Neurologiczna	Świadczenia w zakresie NFZ	ul. Nowowiejska 31 liczba lekarzy: 1-2 ul. Nowowiejska 5 liczba lekarzy: 1-2	<p><u>Świadczenia specjalistyczne*:</u> Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi: zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p><u>Świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe*:</u> Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową pierwszorazową w ramach NFZ wynosi: zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p>ul. Nowowiejska 31 Ilość jednostek specjalistycznych: 39 507 miesięcznie Ilość jednostek specjalistycznych pierwszorazowych: 13 697 miesięcznie <u>Wymagane:</u> <i>* Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz (oczekiwane min. 2 razy) w tygodniu co najmniej 4 godziny, w</i></p>

			<p>przedziale czasowym 07:00-14:00 lub co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 14:00-20:00</p> <p>ul. Nowowiejska 5 Ilość jednostek specjalistycznych: 10 599 miesięcznie Ilość jednostek specjalistycznych pierwszorazowych: 9 568 miesięcznie</p> <p><u>Wymagane:</u> *Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz w tygodniu (oczekiwane 3 razy w tygodniu w tym 2 razy w tygodniu co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym 07:00-14:00 i 1 raz w tygodniu co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 14:00-20:00) co najmniej 4 godziny, w przedziale czasowym 07:00-14:00 lub co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 14:00-20:00</p>
Poradnia Otolaryngologii	Świadczenia w zakresie NFZ	<p>ul. Nowowiejska 31 liczba lekarzy 1-3 ul. Nowowiejska 5 liczba lekarzy 1-2</p>	<p>Świadczenia specjalistyczne*: Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi: zł (praca z pielęgniarką), zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p>Świadczenia zabiegowe*: Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową zabiegową w ramach NFZ wynosi: zł (praca z pielęgniarką). zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p>ul. Nowowiejska 31 Ilość jednostek specjalistycznych: 2 782 miesięcznie w poradni Ilość jednostek zabiegowych: 2 758 miesięcznie w poradni</p> <p><u>Wymagane:</u> *Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz (preferowane min. 2 razy) w tygodniu co najmniej 4 godziny, w przedziale czasowym 07:00-14:00 lub co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 14:00-20:00</p> <p>ul. Nowowiejska 5 (praca bez pielęgniarki) Ilość jednostek specjalistycznych: 1 000 miesięcznie w poradni Ilość jednostek zabiegowych 1 678 miesięcznie w poradni</p> <p><u>Wymagane:</u> *Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz w tygodniu co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym 07:00-14:00 lub co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 14:00-20:00</p>
Poradnia Reumatologiczna	Świadczenia w zakresie NFZ	<p>ul. Nowowiejska 31 liczba lekarzy: 1-2</p>	<p>Świadczenia specjalistyczne*: Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi: zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p>Świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe*: Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową pierwszorazową w ramach NFZ wynosi: zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p>ul. Nowowiejska 31 Ilość jednostek specjalistycznych: 4 000 miesięcznie w poradni</p>

			<p>Ilość jednostek specjalistycznych pierwszorazowych: 2 000 miesięcznie</p> <p><u>Wymagane:</u> 1 raz w tygodniu (oczekiwane 1 raz w tygodniu co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 14:00-20:00)</p>
Poradnia Nefrologiczna	Świadczenia w zakresie NFZ	<p>ul. Nowowiejska 31 Liczba lekarzy: 1-2</p>	<p><u>Świadczenia specjalistyczne*:</u></p> <p>Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi:</p> <p>..... zł (praca bez pielęgniarstwa).</p> <p><u>Świadczenia pierwszorazowe*:</u></p> <p>Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową pierwszorazową w ramach NFZ wynosi:</p> <p>..... zł (praca bez pielęgniarstwa).</p> <p>ul. Nowowiejska 31 Ilość jednostek specjalistycznych: 10 457 miesięcznie w poradni Ilość jednostek specjalistycznych pierwszorazowych: 3 061 miesięcznie w poradni</p> <p><u>Wymagane:</u> *Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum raz w tygodniu co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym 07:00-14:00 lub w przedziale czasowym między godziną 14:00-20:00.</p> <p><u>Oczekiwane:</u> *Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych od 12 do 24 godzin tygodniowo, w tym raz po południu w przedziale czasowym między godziną 14:00-20:00.</p>
Poradnia Kardiologiczna	Świadczenia w zakresie NFZ	<p>ul. Nowowiejska 31 liczba lekarzy 1-3 ul. Nowowiejska 5 liczba lekarzy 1-3 ul. Andersa 14/16 liczba lekarzy: 1-3</p>	<p><u>Świadczenia specjalistyczne*:</u></p> <p>Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi:</p> <p>..... zł (praca bez pielęgniarstwa) z wykonaniem badania USG – Echo serca przez Przyjmującego zamówienie.</p> <p>..... zł (praca bez pielęgniarstwa) z wykonaniem próby wysiłkowej i opisem holtera przez Przyjmującego zamówienie.</p> <p><u>Świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe*:</u></p> <p>Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną pierwszorazową w ramach NFZ wynosi:</p> <p>..... zł (praca bez pielęgniarstwa) przez Przyjmującego zamówienie.</p> <p>ul. Nowowiejska 31 Ilość jednostek specjalistycznych: 1 000 miesięcznie w poradni Ilość jednostek specjalistycznych pierwszorazowych: 9 038 miesięcznie w poradni</p> <p><u>Wymagane:</u> * Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz w tygodniu co najmniej 4 godziny, w przedziale czasowym 07:00-14:00 lub co najmniej 3 godziny w przedziale czasowym między godziną 14:00-20:00</p> <p>ul. Nowowiejska 5 Ilość jednostek specjalistycznych: 7 934 miesięcznie w poradni Ilość jednostek specjalistycznych pierwszorazowych: 3 756 miesięcznie w poradni</p>

			<p><u>Wymagane:</u></p> <p>* Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz (oczekiwane min. 2 razy) w tygodniu co najmniej 4 godziny, w przedziale czasowym 07:00-14:00 lub co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 14:00-20:00</p> <p>ul. Andersa 14/16 Ilość jednostek specjalistycznych: 15 809 miesięcznie w poradni Ilość jednostek specjalistycznych pierwszorazowych: 7 537 miesięcznie w poradni</p> <p>* Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz (oczekiwane min. 3 razy) w tygodniu co najmniej 4 godziny, w przedziale czasowym 07:00-14:00 lub co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 14:00-20:00</p>
Poradnia Psychiatrii	Świadczenia w zakresie NFZ	ul. Nowowiejska 31 liczba lekarzy 1-3	<p><u>Świadczenia specjalistyczne*:</u></p> <p>Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi: zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p>ul. Nowowiejska 31 Ilość jednostek rozliczeniowych: 1 704 miesięcznie w poradni</p> <p><u>Wymagania minimum:</u> * Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 3 razy w tygodniu co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 8:00-19:30</p> <p><u>Wymagania preferowane:</u></p> <p>*Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 32 h 40 minut w godzinach pracy poradni w przedziale czasowym 08:00-19:30</p>

13. Deklaruję możliwość wypracowania w ramach świadczeń zdrowotnych NFZ (należy wybrać odpowiedni rodzaj jednostek rozliczeniowych dla danej Poradni. W przypadku wskazania więcej niż jednej Poradni podać liczbę jednostek rozliczeniowych dla każdej z osobna);

- jednostek **rozliczeniowych specjalistycznych min.** w ilości...../..... w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul. / przy ul.
- jednostek **rozliczeniowych specjalistycznych max.** w ilości...../..... w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul. / przy ul.
- jednostek rozliczeniowych **specjalistycznych pierwszorazowych min.** w ilości/..... w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul. / przy ul.
- jednostek rozliczeniowych **specjalistycznych pierwszorazowych max.** w ilości/.....w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul. / przy ul.
- jednostek rozliczeniowych **zabiegowych min.** w ilości/..... w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul. / przy ul.
- jednostek rozliczeniowych **zabiegowych max.** w ilości/.....w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul. / przy ul.

Deklaruję przyjęcia pacjentów co minut w Poradni przy ul.

Deklaruję przyjęcia pacjentów co minut w Poradni przy ul.

PAKIET II: świadczenia zdrowotne w ramach Medycyny Pracy i Komisji Wojskowych

Poradnia Gastrologiczna	Świadczenia w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich	ul. Nowowiejska 10 Liczba lekarzy: 1	<p>Stawka za jednego przyjętego pacjenta z zakresu Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich</p> <p>..... zł za konsultację reumatologiczną</p> <p>Liczba konsultacji w okresie trwania umowy: ul. Nowowiejska 10 – 110</p> <p>Deklaruję konsultacji w trakcie trwania umowy</p>
Poradnia Neurologiczna	Świadczenia w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich	ul. Nowowiejska 31 Liczba lekarzy: 1-3	<p>Stawka za jednego przyjętego pacjenta z zakresu Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich</p> <p>..... zł za konsultację neurologiczną</p> <p>Liczba konsultacji w okresie trwania umowy: ul. Nowowiejska 31 – 1 750</p> <p>Deklaruję konsultacji w trakcie trwania umowy</p>
Poradnia Pulmunologiczna	Świadczenia w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich	ul. Nowowiejska 10 Liczba lekarzy: 1	<p>Stawka za jednego przyjętego pacjenta z zakresu Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich</p> <p>..... zł za konsultację pulmonologiczną</p> <p>Liczba konsultacji w okresie trwania umowy: ul. Nowowiejska 10 – 400</p> <p>Deklaruję konsultacji w trakcie trwania umowy</p>
Poradnia Alergologiczna	Świadczenia w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich	ul. Nowowiejska 10 Liczba lekarzy: 1	<p>Stawka za jednego przyjętego pacjenta z zakresu Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich</p> <p>..... zł za konsultację alergologiczną</p> <p>Liczba konsultacji w okresie trwania umowy: ul. Nowowiejska 10 – 40</p> <p>Deklaruję konsultacji w trakcie trwania umowy</p>
Poradnia Onkologiczna	Świadczenia w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich	ul. Nowowiejska 10 Liczba lekarzy: 1	<p>Stawka za jednego przyjętego pacjenta z zakresu Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich</p> <p>..... zł za konsultację onkologiczną</p> <p>Liczba konsultacji w okresie trwania umowy: ul. Nowowiejska 10 – 50</p> <p>Deklaruję konsultacji w trakcie trwania umowy</p>
Poradnia Psychiatryczna	Świadczenia w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich	ul. Nowowiejska 10 Liczba lekarzy: 1-2	<p>Stawka za jednego przyjętego pacjenta z zakresu Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich</p> <p>..... zł za konsultację psychiatryczną</p> <p>Liczba konsultacji w okresie trwania umowy: ul. Nowowiejska 10 – 5 040</p> <p>Deklaruję konsultacji w trakcie trwania umowy</p>
Poradnia Nefrologiczna	Świadczenia w ramach Medycyny Pracy i	ul. Nowowiejska 31 Liczba lekarzy: 1	<p>Stawka za jednego przyjętego pacjenta z zakresu Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich</p>

	Wojskowych Komisji Lekarskich	 zł za konsultację nefrologiczną Liczba konsultacji w okresie trwania umowy: ul. Nowowiejska 31 – 240 Deklaruję konsultacji w trakcie trwania umowy
--	-------------------------------	--	--

13. Deklaruję przyjęcia pacjentów co minut w Poradni przy ul.

PAKIET III: świadczenia zdrowotne w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, Medycyny Pracy, Wojskowych Komisji Lekarskich oraz odpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie:
opisu badań RTG (umowa na zastępstwo za lekarza opisującego)

1. Oferuję dyspozycyjność do udzielenia świadczeń zdrowotnych w placówkach

(zaznaczyć wybrane):

- I. przy ul. Nowowiejskiej 31
- II. przy ul. Nowowiejskiej 5
- III. przy ul. Nowowiejskiej 10
- IV. przy ul. Andersa 16/18

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

2. Oferuję wykonanie opisu do dni roboczych od dnia wykonania badania

Opis badań RTG Świadczenia w ramach NFZ, Odpłatnych oraz Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich	ul. Nowowiejska 31 ul. Nowowiejska 5 ul. Nowowiejska 10 ul. Andersa 16/18 Liczba lekarzy: 1	w ramach NFZ/w ramach MP i KW/w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych Oferuję stawkęzł za wykonanie 1 opisu liczba wykonania opisów RTG w trakcie umowy (Liczba opisów RTG w trakcie trwania umowy: 4 700) Wymagane: wykonanie opisu do 2 dni roboczych od dnia wykonania badania
--	---	--

PAKIET IV: konsultacje w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie: okulistyki

Poradnia Okulistyki	Odpłatne świadczenia zdrowotne	ul. Nowowiejska 31 liczba lekarzy: 1 - 2	Stawka za jedną konsultację specjalistyczną w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych - wartość oczekiwana % nie wyższa niż 50% za w stosunku do obowiązującego cennika SPL dla PW SPZOZ w Warszawie z ewentualnym uwzględnieniem przyznanego rabatu firmom i podmiotom zewnętrznym. Liczba odpłatnych konsultacji w okresie trwania umowy: ul. Nowowiejska 5 - 170
----------------------------	--------------------------------	--	--

Deklaruję przyjęcia pacjentów co minut w Poradni przy ul.

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

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

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

16. 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.

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 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.

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 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.

18. 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.

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 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