Pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Formularz oferty

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Dziale Diagnostyki – Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej, Tomografii Komputerowej i USG SP ZOZ w Parczewie, z możliwością dodatkowego udzielania świadczeń w formie zdalnej w ramach teleradiologii.

I. Instrukcja dla Oferenta :

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczętowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem", podpisem i pieczątką Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony Formularza oferty muszą być parafowane przez Oferenta.

II. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko lekarza					**PESEL**							
Rodzaj praktyki lekarskiej					**Nr prawa wykonywania zawodu**							
Organ prowadzący rejestr (nazwa Okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)					**Nr księgi rejestrowej**							
Adres zamieszkania												
Kraj			**Miejscowość**									
Kod pocztowy			**Poczta**									
Ulica					**Nr domu**			**Nr lokalu**				
E-mail					**telefon**			**fax**				
Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):												
Kraj					**Miejscowość**							
Kod pocztowy			**Poczta**									
Ulica					**Nr domu**			**Nr lokalu**				
Działalność gospodarcza												

Firma	**Siedziba**
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)	**REGON**

III. Kwalifikacje zawodowe i specjalizacja Oferenta wymagana w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

…….....

.....
(numer dyplomu lekarza i posiadane specjalizacje)

Uwaga !
Jeżeli Oferent będzie realizował świadczenia przy udziale innych lekarzy, do oferty należy dołączyć wykaz osób przewidzianych do udzielania świadczeń oraz dokumenty potwierdzające wymagane kwalifikacje, uprawnienia i doświadczenie. Nie dotyczy Oferenta, który będzie świadczył usługi osobiście.

IV. Wybór wariantu realizacji zamówienia:

☐ Wariant I – świadczenia stacjonarne

☐ Wariant II – świadczenia stacjonarne wraz z dodatkowym udzielaniem świadczeń w ramach teleradiologii

Oferent zaznacza jeden wariant. Wariant II obejmuje również obowiązek udzielania świadczeń stacjonarnych; nie dopuszcza się wyboru wyłącznie teleradiologii.

V. Proponowana kwota wynagrodzenia:

Za realizację świadczeń zdrowotnych w Dziale Diagnostyki – Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej, Tomografii Komputerowej i USG proponuję następujące ceny jednostkowe brutto:

Rodzaj badania	Cena jednostkowa brutto
TK głowy / zatok	
TK – inne okolice (kręgosłup, szyja, klatka piersiowa, jama brzuszna, miednica mała, kości, angio-TK, inne)	
RTG – 1 projekcja	
RTG – 2 i więcej projekcji	
USG – inne okolice (jama brzuszna, szyja, opłucna, tarczyca, ślinianki, węzły chłonne, tkanka podskórna, inne)	
USG piersi / jąder	
USG Doppler naczyń (szyjnych i kręgowych)	

Uwaga: *w przypadku badań TK, których analiza i opis wykonywane są przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne (rezydenta) lub lekarza nieposiadającego specjalizacji, a opis wymaga konsultacji i akceptacji lekarza specjalisty, zaoferowana stawka jednostkowa za dane badanie podlega podziałowi zgodnie z projektem umowy: 55% dla lekarza sporządzającego opis i 45% dla lekarza specjalisty dokonującego konsultacji, weryfikacji i akceptacji opisu. Łączne wynagrodzenie za jedno badanie TK nie przekracza 100% zaoferowanej stawki jednostkowej. W przypadku samodzielnego wykonania analizy i opisu przez lekarza specjalistę przysługuje 100% stawki jednostkowej.*

VI. Oświadczenie:
Oferowana dostępność: …… godzin tygodniowo / w dniach: …… .

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, „*Materiałami Informacyjnymi do Konkursu Ofert*" tak/nie*
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem Konkursu Ofert oraz projektem umowy właściwym dla wybranego przeze mnie wariantu realizacji zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń. Zobowiązuję się do jego podpisania na zaoferowanych warunkach w miejscu i czasie określonym przez Udzielającego Zamówienia tak/nie*

1. Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanych świadczeń zdrowotnych.
2. Oświadczam, że uzyskałem/łam wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG).

1. Przyjmuję termin płatności do 30 dni od dnia otrzymania przez Udzielającego Zamówienia prawidłowo wystawionej faktury, na zasadach określonych w projekcie umowy.
2. Zobowiązuję się do posiadania przez cały okres realizacji umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego wszystkie świadczenia będące przedmiotem umowy oraz do przedkładania dokumentów potwierdzających ciągłość i ważność ochrony ubezpieczeniowej na zasadach określonych w umowie.
3. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od 01.01.2027 r. do 31.12.2028 r.
4. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Świadczenia stacjonarne będą udzielane przy wykorzystaniu pomieszczeń, aparatury, sprzętu medycznego, infrastruktury i systemów Udzielającego Zamówienia, w zakresie niezbędnym do realizacji zamówienia. W przypadku wyboru Wariantu II dodatkowe świadczenia w ramach teleradiologii będą realizowane zdalnie, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, na zasadach określonych we właściwej umowie i jej załącznikach.
7. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń stacjonarnych zgodnie z ustalonym harmonogramem, z uwzględnieniem potrzeb Udzielającego Zamówienia, oraz do sporządzania powierzonych opisów na zasadach określonych w umowie. W przypadku wyboru Wariantu II zobowiązuję się dodatkowo do realizacji świadczeń w ramach teleradiologii zgodnie z właściwą umową oraz stanowiącymi jej integralną część załącznikami.

..... …….....
(miejscowość, data) *(pieczątka, podpis Oferenta)*

VII. Załączniki

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:
    1) Aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub aktualny odpis właściwego Krajowego Rejestru Sądowego;
    2) Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
    3) Wypis z księgi rejestrowej*;
    4) Kserokopia prawa wykonywania zawodu, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych;
    5) Kserokopia dyplomu ukończenia szkoły potwierdzającego uzyskanie odpowiedniego wykształcenia medycznego;
    6) Kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe, w tym specjalizacje, kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne, posiadany stopień/tytuł naukowy i inne świadectwa umiejętności;
    7) Kserokopia aktualnej polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;

8) Aktualne zaświadczenie lekarskie o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza medycyny pracy;
9) Lekarze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego:
   - potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności,
   - kserokopia karty szkolenia specjalizacyjnego (1 i 2 strona);
10) Zaświadczenie o szkoleniu w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta

** Jeżeli dane ujęte w księdze rejestrowej ulegną zmianie, Oferent/Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do niezwłocznego dokonania wymaganej aktualizacji oraz przedłożenia aktualnego wydruku księgi rejestrowej, a na żądanie Udzielającego Zamówienia także dokumentów potwierdzających zgłoszenie zmiany.*

2. W przypadku przedłożenia kopii dokumentów Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo zażądania do wglądu oryginału tych dokumentów.