

FORMULARZ OFERTOWY POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO
Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu okulistyki
ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA
Szpitala w Nowym Tomysłu

1. Formularz dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o których mowa w art.5 ust.2 lit. b) ustawy o działalności leczniczej) oraz podmiotów leczniczych, o których mowa w art.4 ust.1 pkt 1) UDL

Nazwa podmiotu działalności leczniczej			
Adres siedziby			
REGON			
NIP			
Forma organizacyjna			
Typ organu założycielskiego			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Bank i nr konta bankowego			
Dane rejestrowe			
Rodzaj rejestru (RZOZ, OIL)		Nr wpisu	
Organ rejestrujący		Data ostatniej aktualizacji	
<i>Oferent załącza wyciąg z rejestru</i>			
Rodzaj rejestru (KRS, Ewid. dział. gosp.)		Nr wpisu	
Organ rejestrujący		Data ostatniej aktualizacji	
<i>Oferent załącza wyciąg z rejestru</i>			
Certyfikaty			
Nazwa	Zakres	Data ważności	

FORMULARZ OFERTOWY POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO
- udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarzy i lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób
wewnętrznych (lub dziedzinach pokrewnych)
- podmioty lecznicze
- praktyki grupowe

--	--	--

Dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz dane identyfikacyjne wymagane po przyjęciu oferty od każdej osoby spośród personelu realizującego świadczenia (w kserokopiach, oryginały do wglądu):

- a. - dyplom
- b. - prawo wykonywania zawodu
- c. - dyplom potwierdzający uzyskanie specjalizacji lub karta specjalizacji
- d. - zaświadczenie o przeszkoleniu bhp i p/poż
- e. - aktualne zaświadczenie lekarza medycyny pracy.

2. Warunki oferty:

1. Proponowana stawka za 1 wykonaną usług:

- a) stawka brutto _____ za wykonanie badania kwalifikującego do wykonania zabiegu usunięcia zaćmy,
- b) stawka brutto _____ za wykonanie I badania kontrolnego w pierwszej dobie po zabiegu usunięcia zaćmy,
- c) stawka brutto _____ za wykonanie II badania kontrolnego pomiędzy 14-28 dniem po zabiegu usunięcia zaćmy,
- d) stawka brutto _____ za wykonanie zabiegu usunięcia zaćmy,
- e) stawka brutto _____ za wykonanie zabiegu

2. Świadczenia wykonywane będą w lokalu Udzielającego zamówienia. Warunki użytkowania pomieszczeń, używania przy wykonywaniu świadczeń sprzętu i aparatury medycznej oraz przechowywania dokumentacji medycznej określone zostaną w umowie zawartej pomiędzy Stronami.

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że:

1. zapoznał się i akceptuje treść ogłoszenia o niniejszym konkursie oraz Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert
2. znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zadań objętych konkursem ofert,
3. zapoznał się z warunkami konkursu ofert z treścią ogłoszenia konkursu ofert i nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz posiada niezbędne informacje do przygotowania oferty,
4. dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;

FORMULARZ OFERTOWY POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO
- udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarzy i lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób
wewnętrznych (lub dziedzinach pokrewnych)
- podmioty lecznicze
- praktyki grupowe

5. posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zadania oraz dysponuje niezbędną wiedzą i doświadczeniem,
6. nie zachodzi wobec niego przeszkoda do zawarcia umowy, o której mowa w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ((Dz. U. z 2021.1285 z późn. zm.).
7. spełnia inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;
8. posiada ważną umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania lub zawrze ją najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej.
9. wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych do celów związanych z konkursem ofert.

.....
pieczęć i czytelny podpis osoby oferenta lub upoważnionej

miejsce i data

* niepotrzebne skreślić



FORMULARZ OFERTOWY POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO
Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu okulistyki
ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA

Szpitala w Nowym Tomyślu _____

Dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz dane identyfikacyjne wymagane po przyjęciu oferty od każdej osoby spośród personelu realizującego świadczenia (w kserokopiach, oryginały do wglądu):

- dyplom
- prawo wykonywania zawodu
- dyplom potwierdzający uzyskanie specjalizacji lub karta specjalizacji
- zaświadczenie o przeszkoleniu bhp i p/poż
- aktualne zaświadczenie lekarza medycyny pracy.