

FORMULARZ OFERTOWY

UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RODZAJU AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA W PORADNIACH: CHIRURGII OGÓLNEJ, CHOROÓB NACZYŃ, CHOROÓB PŁUC, DERMATOLOGICZNEJ GINEKOLOGICZNEJ KARDIOLOGICZNEJ, NEFROLOGICZNEJ, NEUROLOGICZNEJ, ONKOLOGICZNEJ, OTOLARYNGOLOGICZNEJ, UROLOGICZNEJ W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO

1. Dane oferenta

Imię i nazwisko.....

telefon.....

email.....

adres:.....

ulica.....nr.....

NIPREGON.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr wpisu do Rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą.....

Nazwa firmy.....

Specjalizacja (nazwa i stopień)

.....
.....
.....

Udzielający zamówienia jest uprawniony do kontaktu Oferentem za pośrednictwem wskazanych powyżej środków komunikacji w trakcie prowadzonego postępowania konkursowego. Wszelkie informacje, oświadczenia lub wezwania kierowane za pośrednictwem przywołanych wyżej środków komunikacji uznają się za skutecznie złożone przez Udzielającego zamówienia.

.....

Data i podpis oferenta

2. Przedmiot oferty

Złożona przeze mnie oferta jest ofertą na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza (specjalista/w trakcie specjalizacji).....
w Poradni - **PODKREŚLIĆ WŁAŚCIWĄ PORADNIĘ***w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego.

Poradnia Chorób Naczyń	1. ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ 2. ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ-
-------------------------------	---

	ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE
Poradnia Chirurgii Ogólnej	1. ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ 2. ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W CHIRURGII OGÓLNEJ-ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1500.001.02
Poradnia Chorób Płuc	1. ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC 2. ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE
Poradnia Dermatologiczna	1. ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DERMATOLOGII I WENEROLOGII 2. ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DERMATOLOGII I WENEROLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE
Poradnia Ginekologiczna	1. ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII 2. ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII-ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1450.001.02 3. POBRANIE MATERIAŁU Z SZYJKI MACICY DO PRZESIEWOWEGO BADANIA CYTOLOGICZNEGO - ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1450.001.02
Poradnia Kardiologiczna	1. ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOLOGII 2. ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE
Poradnia Otolaryngologiczna	1. ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE OTOLARYNGOLOGII 2. ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W OTOLARYNGOLOGII -ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1610.001.02
Poradnia Nefrologiczna	1. ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEFROLOGII 2. ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEFROLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE 3. KWALIFIKACJA DO PRZESZCZEPU I MONITOROWANIE ZAKWALIFIKOWANYCH- ZAKRES SKOJARZONY DO ZAKRESU NEFROLOGII 02.1130.001.02
Poradnia Neurologiczna	1. ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROLOGII 2. ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE
Poradnia Onkologiczna	1. ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII 2. ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE
Poradnia Urologiczna	1. ŚWIADCZENIE W ZAKRESIE UROLOGII 2. ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W UROLOGII – ZAKRES SKOJARZONY

***Udzielający zamówienia nie dopuszcza możliwości złożenia oferty częściowej tj. wybierając daną Poradnię, Oferent składa ofertę w zakresie wszystkich świadczeń odpowiadających danej Poradni wskazanych powyżej.**

.....
Data i podpis

3. Oferta

a) cena

Cena jaką oferuję za udzielanie świadczeń zdrowotnych, które stanowią przedmiot Konkursu ofert to:

cena jednostkowa za punkt rozliczeniowy..... zł (słownie:)

b) kwalifikacje i dostępność udzielania świadczeń

	<u>ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE</u>
kwalifikacje	<ol style="list-style-type: none">1. specjalizacja w dziedzinie właściwej do zakresu kontraktowanych świadczeń,2. w trakcie specjalizacji w dziedzinie właściwej do zakresu kontraktowanych świadczeń po ukończeniu pierwszego roku specjalizacji, a w przypadku Poradni dermatologicznej po ukończeniu drugiego roku specjalizacji - posiadający potwierdzenie kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę w poradni specjalistycznej.
dostępność udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none">1. co najmniej trzy dni w tygodniu w wymiarze co najmniej 12 godz. tygodniowo2. dwa dni w tygodniu w wymiarze co najmniej 4 godz. tygodniowo,3. jeden dzień w tygodniu w wymiarze co najmniej 2 godz. tygodniowo

4. Okres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących przedmiot konkursu:

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego
od 1 lipca 2024 r. do 31 października 2025 r.

.....
Data i podpis

5. Oświadczenia:

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowiącym załącznik nr 1 do SWKO) i akceptuję zawarte w nich postanowienia, nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

.....
Data i podpis

Oświadczam, że posiadam uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełniam określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki ich realizacji.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami wynikającymi z treści powszechnie obowiązujących przepisów prawnych.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego zamówienia złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 1 do SWKO oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że świadczenia wykonywane będą w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego przy wykorzystaniu aparatury sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Udzielającego zamówienia.

.....

Data i podpis

Zobowiązuję się do posiadania ważnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy, której wzór stanowi załącznik nr 1 do SWKO.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że nie jestem pozbawiona/y, ani zawieszona/y w prawach do wykonywania zawodu na mocy prawomocnego wyroku karnego sądu powszechnego ani zawodowego sądu lekarskiego, a w chwili składania niniejszej oferty nie toczy się przeciwko mnie postępowanie przygotowawcze, które mogłoby prowadzić do pozbawienia mnie prawa wykonywania zawodu.

.....

Data i podpis

Oświadczam, iż nie byłem/am karana/y za przestępstwo na szkodę dzieci ani nie toczy się wobec mnie żadne postępowanie w tym zakresie.

.....

Data i podpis

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony danych osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w podanym wyżej zakresie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

MSWiA im. prof. Ludwika Bierkowskiego w Poznaniu wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do przeprowadzenia Konkursu ofert. Oświadczam, że jestem świadoma/y przysługujących mi praw związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych jest równoznaczne z wycofaniem oferty z Konkursu.

.....
Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu, dokument potwierdzający tytuł naukowy, dyplom lekarza, dyplom specjalizacji, poświadczenie kierownika specjalizacji
2. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Okręgowa Rada Lekarska),
3. Wpis do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej (CEIDG),
4. Polisa ubezpieczenia OC,
5. Aktualne zaświadczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń objętych umową,