

FORMULARZ OFERTOWY

KONKURS OFERT NA WYKONYWANIE USŁUG TELERADIOLOGICZNYCH W ROZUMIENIU ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA Z DNIA 11 KWIETNIA 2019 R. W SPRAWIE STANDARDÓW ORGANIZACYJNYCH OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIEDZINIE RADIOLOGII I DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ WYKONYWANEJ ZA POŚREDNICTWEM SYSTEMÓW TELEINFORMATYCZNYCH (DZ.U. Z 2019 R. POZ. 834) NA RZECZ PACJENTÓW SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO

1. DANE OFERENTA

Nazwa oferenta

.....
.....

Osoba upoważniona do reprezentowania Oferenta

.....
.....

Adres siedziby Oferenta

.....
.....

Wpis i oznaczenie właściwego Rejestru

.....
.....

Numer KRS

.....

Numer NIP

.....

Numer REGON

.....

Numer tel./fax/e-mail

.....
.....

Udzielający zamówienia jest uprawniony do kontaktu z Oferentem za pośrednictwem wskazanych powyżej środków komunikacji w trakcie konkursu ofert. Wszelkie informacje, oświadczenia lub wezwania kierowane za pośrednictwem określonych wyżej środków komunikacji uznają się za skutecznie złożone przez Udzielającego zamówienia

.....

Data i podpis oferenta

2. Przedmiot oferty

Złożona oferta jest ofertą na wykonywanie usług teleradiologicznych w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 834) na rzecz pacjentów

Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego. Integralną część oferty stanowi Formularz cenowy (SPECYFIKACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W POSTĘPOWANIU O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W TRYBIE KONKURSU OFERT W SPZOZ MSWiA IM. PROF. L. BIERKOWSKIEGO W POZNANIU)

.....
Data i podpis oferenta

3. Doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w systemie teleradiologii:

Oświadczam, że podlegające ocenie okresy udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania usług teleradiologicznych wynoszą

.....
Data i podpis oferenta

4. Okres udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.

Oferuję zawarcie umowy wykonywanie usług teleradiologicznych w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 834) na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego na okres od **1 stycznia 2025 r. do 31 stycznia 2027 r.**

.....
Data i podpis oferenta

6. Oświadczenia:

Oświadczam, że oferent zapoznał się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, Wzorem umowy (stanowiącym załącznik nr 4 do SWKO) i akceptuje zawarte w nich postanowienia, nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz posiada informacje niezbędne do przygotowania oferty.

.....
Data i podpis oferenta

Oświadczam, że oferent posiada uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuje niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełnia warunki ich realizacji określone prawem oraz wynikające ze Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

.....
Data i podpis oferenta

Gul

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

.....
Data i podpis oferenta

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego zamówienia złożonej przez oferenta oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 4 do SWKO oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

.....
Data i podpis oferenta

Oświadczam, że świadczenia zdrowotne stanowiące przedmiot niniejszego Konkursu będą wykonywane przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Przyjmującego zamówienie.

.....
Data i podpis oferenta

Oferent zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy, której wzór stanowi załącznik nr 4 do SWKO.

.....
Data i podpis oferenta

Oferent oświadcza, że żaden z udzielających świadczeń zdrowotnych lekarzy nie jest pozbawiona/y, ani zawieszona/y w prawach do wykonywania działalności leczniczej, na mocy prawomocnego wyroku karnego sądu powszechnego, a w chwili składania niniejszej oferty nie toczy się przeciwko niemu postępowanie przygotowawcze, które mogłoby prowadzić do pozbawienia go prawa do wykonywania działalności leczniczej.

.....
Data i podpis oferenta

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. Formularz cenowy (SPECYFIKACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W POSTĘPOWANIU O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W TRYBIE KONKURSU OFERT W SPZOZ MSWiA IM. PROF. L. BIERKOWSKIEGO W POZNANIU)
2. Wydruk z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
3. Wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego bądź z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
4. Pełnomocnictwo do złożenia i podpisania oferty.
5. Zaparafowany wzór umowy
6. Oświadczenie o tajemnicy przedsiębiorstwa
7. Polisa ubezpieczeniowa OC.