

.....
(pieczęć oferenta)

OFERTA

I. Dane podmiotu uprawnionego ubiegającego się o realizację zadania:

1. Pełna nazwa podmiotu:

.....
.....

2. Forma prawna:

.....
.....

3. Dokładny adres indywidualnej praktyki lekarskiej/ grupowej praktyki lekarskiej/ zakładu opieki zdrowotnej – zgodny z wpisem do odpowiedniego rejestru

.....
.....

4. Tel.:

faks:

e-mail:

5. Dokładny adres do korespondencji – podać tylko jeśli jest inny niż w pkt. 3

.....
.....

6. Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym **lub w innym rejestrze** (np.: prowadzonym dla indywidualnych/grupowych praktyk lekarskich przez **Świętokrzyską Izbę Lekarską**)

.....

7. Numer REGON:

8. Numer NIP:

9. Nazwa banku i numer rachunku:

.....
10. Imiona i nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania **Oferenta** w kontaktach zewnętrznych i **posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu (zawierania umów):**
.....

11. Opis przedmiotu oferty (zgodny z ogłoszeniem o konkursie)- opisać w jakim zakresie medycznym oraz przy pomocy jakiego sprzętu (własnego czy będącego w posiadaniu ŚCO Oferent będzie wykonywał świadczenia)
.....
.....
.....

12. Miejsce realizacji zadania:.....
(wpisać Dział/Zakład ŚCO, w którym będą udzielane świadczenia)

13. Czas udzielania świadczeń przez Oferenta z podaniem dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych:
.....
.....
.....

14. Wymagane kwalifikacje :

a) dyplom lekarza oraz specjalizację z dziedziny medycyny paliatywnej / lub co najmniej 2 rok specjalizacji

15. Oferta cenowa:

Proponowana cena:

a) Osobodzień opieki nad pacjentem w hospicjum domowym: w wysokości
.....

b) porada w poradni medycyny paliatywnej: w wysokości.....

c) godzina pracy w dziale medycyny paliatywnej: w wysokości

16. minimalna liczba osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych:
.....

17. Termin realizacji zadania:

od do

(termin winien wpisać Oferent zgodnie z ogłoszeniem o konkursie)

.....
czytelny podpis Oferenta

18. Załączniki do oferty (**zaznaczyć poniżej i złożyć wymagane załączniki ze względu na formę prawną wykonywanej działalności**)

1. w przypadku indywidualnych praktyk lekarskich:

- 1) dokument stwierdzający wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, prowadzonego przez właściwą okręgową izbę lekarską,
- 2) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk z CEIDG,
- 3) dyplom ukończenia studiów wyższych medycznych na wydziale lekarskim, prawo wykonywania zawodu,
- 4) dyplom uzyskania tytułu lekarza specjalisty,
- 5) obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń,
- 6) oświadczenie według załącznika nr 1 do formularza ofertowego.

2. w przypadku grupowych praktyk lekarskich:

- 1) dokument stwierdzający wpis do rejestru grupowych praktyk lekarskich, prowadzonego przez właściwą okręgową izbę lekarską,
- 2) umowa spółki,
- 3) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego z części dot. rejestru przedsiębiorców,
- 4) dyplom ukończenia studiów wyższych medycznych na wydziale lekarskim lekarzy grupowej praktyki, prawo wykonywania zawodu,
- 5) dyplom uzyskania tytułu lekarza specjalisty,
- 6) obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń,
- 7) oświadczenie według załącznika nr 1 do formularza ofertowego.

3. w przypadku zakładów opieki zdrowotnej:

- 1) decyzja o wpisie do rejestru zakładów opieki zdrowotnej wojewody,
- 2) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego,
- 3) Statut Zakładu,

- 4) umowa spółki (dot. nzo-ów)
- 5) dyplom ukończenia studiów wyższych medycznych na wydziale lekarskim lekarzy zakładu, prawo wykonywania zawodu,
- 6) dyplom uzyskania tytułu lekarza specjalisty,
- 7) obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń,
- 8) oświadczenie według załącznika nr 1 do formularza ofertowego.

.....
czytelny podpis Oferenta

Załącznik nr 1 do oferty

Kielce, dnia.....lipca 2017 r.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie kompleksowych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie medycyny paliatywnej oraz z treścią szczegółowych warunków konkursu ofert,
2. zapoznałem/am się i akceptuję wzór umowy na świadczenia zdrowotne,
3. zobowiązuję się do utrzymywania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne przez cały okres obowiązywania umowy i każdorazowego doręczania umowy OC do Sekcji Organizacyjnej ŚCO na co najmniej 7 dni przed upływem końca trwania poprzedniej umowy,
4. dane przedstawione w ofercie, oświadczeniu oraz dokumentach dołączonych do oferty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym – **poświadczane osobiście za zgodność z oryginałem.**

.....
data i czytelny podpis Oferenta