

.....
(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.:

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 Oferent będzie udzielał świadczeń zdrowotnych.

.....

.....

12. Sprzęt medyczny- wskazać czy świadczenia zdrowotne Oferent będzie wykonywał przy pomocy sprzętu własnego czy użyczonego przez ŚCO

.....

13. Miejsce realizacji zadania: **wpisać Zakład ŚCO, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne**

.....

14. Czas udzielania świadczeń przez Oferenta: **Poniżej należy wpisać proponowany czas udzielania świadczeń zdrowotnych**

(w przypadku gdy Oferent jest zatrudniony na umowę o pracę, deklarowany przez niego czas udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnej nie może obejmować godzin świadczenia pracy określonych w umowie o pracę)

.....

.....

15. Oferta cenowa: Poniżej należy wpisać w punkcie a) stawkę brutto w polskich złotych.

Wynagrodzenie według następujących wartości punktowych umieszczonych w tabeli poniżej (tabela nr 1), gdzie cena za punkt wynosić będzie..... **zł brutto** :

Tabela nr. 1

Lp.	Badanie	Punkty
1	Bad. Pat. Cyt.: BAC pod USG	7,50
2	Bad. Pat. Cyt.: BAC pod TK	13
3	Bad. Pat. Cyt.: ginekologiczne	1
4	Bad. Pat. Cyt.: nieginekologiczne	3
5	Bad. Pat. Hist.: Intra	15
6	Bad. Pat. Histopatologiczne 1 bloczek	3
7	Bad. Pat. Histopatologiczne od 2 do 4 bloczków	6
8	Bad. Pat. Histopatologiczne od 5 do 10 bloczków	9,5
9	Bad. Pat. Histopatologiczne od 11 bloczków i więcej	29
10	Bad. Pat. Hist.: Profilaktyka j. grubego	7
11	Bad. Pat. Hist.: Trepan	3
12	Bad. Pat. Histochemiczne	1
13	Bad. Pat.: IHC 1 marker	2
14	Bad. Pat. IHC 2 markery	4
15	Bad. Pat. IHC 3 markery	6
16	Bad. Pat. IHC 4 markery i więcej	8
17	Bad. Pat. Konsultacja	24
18	Bad. Pat.: Kwalifikacja materiału biologicznego do badania genetycznego	9
19	Diagnostyka Cytologiczna materiału z BAC/TK	7
20	Diagnostyka Cytologiczna materiału z BAC/USG	3

16. W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

- a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadamletnie doświadczenie zawodowe.

- b. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe).....
.....
.....

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuję się do udzielania świadczeń w następującym zakresie **(wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”)**:

- wg harmonogramu ustalonego przez Udzielającego Zamówienie
- wg harmonogramu zaproponowanego przez Oferenta w wskazanych przez niego terminach

d. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia, oświadczam , że: **(wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”)**:

- W dniu złożenia oferty realizuję na podstawie umowy z Udzielającym Zamówienie proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń, którego dotyczy postępowanie.....
- W dniu złożenia oferty nie realizuję na podstawie umowy z Udzielającym Zamówienie proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń, którego dotyczy postępowanie

17. Termin realizacji zadania: (termin powinien wpisać Oferent zgodnie z ogłoszeniem o konkursie)

od do

.....
Data i 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 I lub II stopnia,

- 5) obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń,
- 6) aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarza (tzw. Zdolność do pracy)

2. w przypadku grupowych praktyk lekarskich:

- 1) dokument stwierdzający wpis do rejestru grupowych praktyk lekarskich, prowadzonego przez właściwą okręgową izbę lekarską,
- 2) umowa spółki (jeżeli dotyczy),
- 3) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego z części dot. rejestru przedsiębiorców,
- 4) dyplom ukończenia studiów wyższych medycznych na wydziale lekarskim lekarzy grupowej praktyki,
- 5) dyplom uzyskania tytułu lekarza specjalisty I lub II stopnia ,
- 6) obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń.

3. w przypadku podmiotów leczniczych:

- 1) potwierdzenie wpisu do RPWDL,
- 2) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego,
- 3) Statut Zakładu,
- 4) umowa spółki (jeżeli dotyczy),
- 5) dyplom ukończenia studiów wyższych medycznych na wydziale lekarskim lekarzy zakładu,
- 6) dyplom uzyskania tytułu lekarza specjalisty I lub II stopnia,
- 7) obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń.

.....
Data i czytelny podpis Oferenta