

.....
(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 użyczzonego przez ŚCO

.....

13. Miejsce realizacji zadania: **wpisać Klinikę / 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 stawkę brutto w polskich złotych:**

Proponowana cena:

- a) zł brutto - za każdą zakończoną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie w pracowniach: rentgenowskiej (RTG), ultrasonograficznej (USG), biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC), mammograficznej (MMRTG, bez uwzględniania badań realizowanych w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych), pełnienia dyżuru medycznego w ZDO oraz uczestnictwa w spotkaniach klinicznych, w tym wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych (WZT);
- b) zł brutto - za każdą zakończoną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie w pracowniach: tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (MR), gdzie Przyjmujący Zamówienie, według grafiku pełni funkcję lekarza nadzorującego wykonywanie badań diagnostycznych w danej pracowni;
- c) zł brutto - za każdą okolicę anatomiczną objętą badaniem tomografii komputerowej (TK), wykonanym, opisanym i posiadającym podpisany podpisem elektronicznym przez Przyjmującego zamówienie wynik badania;
- d) zł brutto - za każdą okolicę anatomiczną objętą badaniem rezonansu magnetycznego (MR) z zakresu neuroradiologii (badania głowy i poszczególnych odcinków kręgosłupa), wykonanym, opisanym i posiadającym podpisany podpisem elektronicznym przez Przyjmującego zamówienie wynik badania;
- e) zł brutto - za każdą okolicę anatomiczną objętą badaniem rezonansu magnetycznego (MR) z zakresu innych okolic anatomicznych, niż wskazanych w punkcie d), wykonanym, opisanym i posiadającym podpisany podpisem elektronicznym przez Przyjmującego zamówienie wynik badania;
- f) zł brutto - za każde badanie mammograficzne, wykonane, opisane i posiadające podpisany podpisem elektronicznym przez Przyjmującego zamówienie wynik badania, rozliczone w ramach umowy z NFZ na profilaktyczne programy zdrowotne (w mammograficznej pracowni mobilnej i stacjonarnej);
- g) zł brutto - za każde świadczenie zabiegowe w zakresie piersi, tj.: biopsji gruboigłowej piersi celowanej, założenia haczyka lub znacznika tkankowego, wykonane, opisane i posiadające podpisany podpisem elektronicznym przez Przyjmującego zamówienie opis świadczenia, wykonywane w Pracowni Mammotomicznej ZDO;
- h) zł brutto - za każde świadczenie zabiegowe w zakresie piersi, tj.: biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG lub biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna, wykonane, opisane i posiadające podpisany podpisem elektronicznym przez Przyjmującego zamówienie opis świadczenia, wykonywane w Pracowni Mammotomicznej ZDO.

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 zobowiązuję się do udzielania świadczeń w następującym zakresie **(wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „ X”)**:

Okres trwania umowy 36 miesięcy -.....

Okres trwania umowy mniej niż 36 miesięcy, ale nie mniej niż 3 miesiące-

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

od do

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

17. 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) Aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarz (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,
- 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,
- 7) obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń.

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

