

.....
(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 Klinikę 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 punktach 1),2) wartość wyrażoną w % lub stawkę brutto w polskich złotych.**

Proponowana cena:

- 1) zł **brutto** za każdą godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Przyjmującego Zamówienie w Klinice Onkologii Klinicznej
- 2)
- a) % od wyceny wykonanych przez lekarza w Klinice Onkologii Klinicznej świadczeń pobytowych/porad ambulatoryjnych ,sprawozdanych i potwierdzonych przez NFZ, z zakresu leczenia szpitalnego w Dziale Chemioterapii, Ośrodka Chemioterapii Diennej lub Poradni Chemioterapii ,wskazanych w załącznikach do umowy, wyliczona jako iloczyn sumy wyceny punktowej wszystkich świadczeń wskazanych w załącznikach nr 3, 3A- 3E do niniejszej umowy i uśrednionej ceny **1,40 zł** za punkt rozliczeniowy,
- b) w kwocie, o której mowa w pkt. a nie uwzględnia się wartości refundacji substancji czynnych finansowanych w programach lekowych i chemioterapii oraz świadczeń do sumowania z pobytem.

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. Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną RODO, stanowiącą załącznik nr 5 do SWKO.

18. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią projektu umowy, stanowiącym załącznik nr 3 do SWKO i w pełni go akceptuję.

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

19. 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 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,
- 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

