



Załącznik nr 1 do SIWZ – Formularz oferty

OFERTA

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE:

- 1) dyżurów medycznych w Ośrodku Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych;
- 2) konsultacji psychiatrycznych w Oddziałach Szpitalnych;
- 3) konsultacji okulistycznych w Oddziałach Szpitalnych.

ZNAK SPRAWY: SR/XV-110-10-SS/20

I. Dane

Dane identyfikujące oferenta:

- a) Pełna nazwa:
- b) Adres do korespondencji:
- c) Numer telefonu i faksu:
- d) Adres e-mail:
- e) Nazwa banku i numer konta, na które mają być przekazywane środki na udzielanie świadczeń:

- 1) Opis z rejestru podmiotów leczniczych, lub
- 2) Odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
- 3) Kopia polisy potwierdzającej ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie działalności prowadzonej w czasie złożenia oferty.

II. Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pakietu nr

..... (**UWAGA: wpisać pakiet, na który zostaje złożona oferta**) oferuję realizację przedmiotu konkursu zgodnie z opisem zawartym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert

za cenę:

UWAGA: Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest podać stawkę brutto za 1 godzinę dyżuru.

III. Składając ofertę oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się i akceptuję treść ogłoszenia o konkursie oraz warunki konkursu ofert i projekt umowy,
- 2) zawrę umowę o udzielanie świadczeń i będzie ona wykonywana w okresie (24 miesięcy) od



- daty wskazanej w umowie,
- 3) potwierdzam prawdziwość danych zawartych w ofercie,
 - 4) posiadam uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie, na który zostaje złożona oferta,
 - 5) badania wykonywać będę w siedzibie Udzielającego zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.
 - 6) świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem udzielać będę osobiście,
 - 7) będę prowadził rejestr przyjmowanych pacjentów według wymogów dla prowadzenia dokumentacji medycznej,
 - 8) spełniam wymogi zdrowotne, osoby zatrudnione lub współpracujące ujęte w ofercie również spełniają wymogi zdrowotne.

Oferent zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego zamówienia, o których dowiedział się w związku z przystąpieniem do niniejszego konkursu.

IV. Ponadto składający ofertę oświadcza, że:

- 1) zobowiązuję się w dniu podpisania umowy przedstawić polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności, w wysokości nie niższej niż wynikająca z Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2011 nr 293 poz. 1729).

Załączniki:

- Oświadczenie o niekaralności oferenta i o niekaralności osób ujętych ofertą;
- Kopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje;
- Oświadczenie o spełnianiu wymogów zdrowotnych przez oferenta i osoby zatrudnione lub współpracujące ujęte w ofercie;
- Zobowiązanie do zabezpieczenia odpowiedniej liczby fachowego personelu lekarskiego stosownie do deklarowanego zakresu świadczeń zdrowotnych.

.....
data i podpis składającego ofertę