



Załącznik nr 1 do SIWZ – Formularz oferty

OFERTA

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

**W ODDZIALE GINEKOLOGICZNO - POŁOŻNICZYM Z PATOLOGIĄ CIĄŻY
OBEJMUJĄCE LECZENIE SZPITALNE I AMBULATORYJNĄ OPIEKĘ SPECJALISTYCZNĄ
ORAZ CAŁODOBOWĄ IZBĘ PRZYJĘĆ
W SZPITALU MIEJSKIM IM. FRANCISZKA RASZEI W POZNANIU**

ZNAK SPRAWY: SR/XV-110-12-EFK/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 oferuję:

- **kwota zł (słownie:)** za godzinę udzielania świadczeń w ramach dyżuru medycznego w siedzibie Udzielającego Zamówienia,
- **kwota wynikająca z iloczynu liczby wypracowanych przez Przyjmującego zamówienie w danym okresie rozliczeniowym punktów oraz wartości w złotych jednego punktu zł (słownie:), zgodnie z zasadami określonymi szczegółowo w Zasadach udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Ginekologiczno - Położniczego z Patologią Ciąży Szpitala Miejskiego im. Franciszka Raszei w Poznaniu**



UWAGA: W ramach pełnionego dyżuru medycznego przysługuje wyłącznie wynagrodzenie zgodnie z zaoferowaną stawką godzinową. Wszystkie świadczenia medyczne wykonywane w czasie pełnienia dyżuru medycznego objęte będą wynagrodzeniem w wysokości stawki godzinowej.

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 **od dnia wskazanego w umowie do dnia 31.01.2022 r.**
- 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 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r., poz. 866).

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;
- Wszystkie pozostałe dokumenty wymienione w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.

.....
data i podpis składającego ofertę