

Warszawa, dnia.....

Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii
i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher
Warszawa, ul. Spartańska 1

OFERTA
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie
kompleksowego zabezpieczenia świadczeń lekarskich i pielęgniarских w zakresie anestezjologii

Dane podstawowe

Imię i nazwisko.....
Numer PESEL
Numer telefonu
Adres e-mail.....

Dane firmy

Nazwa.....
Numer NIP.....
Numer REGON
Numer w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą
Numer wpisu w krajowym rejestrze sądowym i nazwa rejestru

Dane adresowe (adres zamieszkania/adres praktyki zawodowej/ adres siedziby podmiotu leczniczego)

.....
.....
Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem wskazanym powyżej)

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowego zabezpieczenia świadczeń lekarskich i pielęgniarских w zakresie anestezjologii zgodnie z opisem zawartym w „SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKACH KONKURSU OFERT ORAZ MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH O PRZEDMIOCIE KONKURSU OFERT NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH”

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE BĘDĄ PRZEZ PERSONEL WSKAZANY W ZAŁĄCZNIKU DO NINEJSZEJ OFERTY.

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE: (*właściwe zaznaczyć znakiem „X”)

- jest podmiotem leczniczymi**, w rozumieniu art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.) będącym*:
- przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. prawo przedsiębiorców (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 646 z późn. zm.);
 - samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej;
 - jednostką budżetową; instytutem badawczym, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (j.t. Dz. U. z 2018 r. poz. 736 z późn. zm.);
 - fundacją, której celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej;
 - stowarzyszeniem, którego celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej;
 - kościołem, kościelną osobą prawną lub związkiem wyznaniowym.

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

- posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości zgodnie z rozporządzeniem 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) albo zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc na równowartość na dzień podpisania umowy;
- zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu ofert na udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych”, oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń;
- oświadcza, że nie posiada umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia;
- świadczeń zdrowotnych objętych konkursem ofert udzielać będzie w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie;
- jest osobą, zatrudnia lub współpracuje z osobami legitymującymi się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny;
- posiada, zatrudnia lub współpracuje z osobami posiadającymi uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert;
- posiada wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
- dysponuje odpowiednim potencjałem oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
- znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
- nie podlega wykluczenia z konkursu ofert z przyczyn wskazanych w § 3 ust. 4 „Szczegółowych warunkach konkursu ofert oraz materiałach informacyjnych o przedmiotach konkursów ofert na udzielenie zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych”;

- **oferuje następujące warunki:**

..... zł brutto (słownie:)
za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki lekarskiej anestezyjologicznej przez lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii,

..... zł brutto (słownie:)
za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki lekarskiej anestezyjologicznej przez lekarza nieposiadającego specjalizacji w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii,

..... zł brutto (słownie:)
za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa anestezyjologicznego przez personel pielęgniarski posiadający specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki,

..... zł brutto (słownie:)
za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa operacyjnego przez personel pielęgniarski posiadający specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego,

..... zł brutto (słownie:)
za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa anestezyjologicznego przez personel pielęgniarski nieposiadający specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki,

..... zł brutto (słownie:)
za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa operacyjnego przez personel pielęgniarski nieposiadający specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego,

ZALĄCZNIKI *:

- WYKAZ PERSONELU MEDYCZNEGO
- Poświadczony wpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- Poświadczona kopia wpisu do właściwego rejestru,
- Poświadczona kopia prawa wykonywania zawodu lub prawa wykonywania zawodu osób, które będą udzielać świadczeń,
- Poświadczona kopia dyplomu / świadectwa lub dyplomu/świadectwa osób, które będą udzielać świadczeń,
- Poświadczona kopia specjalizacji/specjalizacji osób, które będą udzielać świadczeń,
- Kserokopie polis oc lub oświadczenie zawierające zobowiązanie do przedłożenia kopii polis,
- Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z Szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta i dokument, z które upoważnienie wynika (jeżeli istnieje).

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

WYKAZ PERSONELU MEDYCZNEGO

-
(podać: imię i nazwisko / nr PWZ / zakres i stopień posiadanej specjalizacji)
-
(podać: imię i nazwisko / nr PWZ / zakres i stopień posiadanej specjalizacji)
-
(podać: imię i nazwisko / nr PWZ / zakres i stopień posiadanej specjalizacji)
-
(podać: imię i nazwisko / nr PWZ / zakres i stopień posiadanej specjalizacji)
-
(podać: imię i nazwisko / nr PWZ / zakres i stopień posiadanej specjalizacji)
-
(podać: imię i nazwisko / nr PWZ / zakres i stopień posiadanej specjalizacji)
-
(podać: imię i nazwisko / nr PWZ / zakres i stopień posiadanej specjalizacji)
-
(podać: imię i nazwisko / nr PWZ / zakres i stopień posiadanej specjalizacji)
-
(podać: imię i nazwisko / nr PWZ / zakres i stopień posiadanej specjalizacji)
-
(podać: imię i nazwisko / nr PWZ / zakres i stopień posiadanej specjalizacji)
-
(podać: imię i nazwisko / nr PWZ / zakres i stopień posiadanej specjalizacji)
-
(podać: imię i nazwisko / nr PWZ / zakres i stopień posiadanej specjalizacji)
-
(podać: imię i nazwisko / nr PWZ / zakres i stopień posiadanej specjalizacji)
-
(podać: imię i nazwisko / nr PWZ / zakres i stopień posiadanej specjalizacji)
-
(podać: imię i nazwisko / nr PWZ / zakres i stopień posiadanej specjalizacji)
-
(podać: imię i nazwisko / nr PWZ / zakres i stopień posiadanej specjalizacji)
-
(podać: imię i nazwisko / nr PWZ / zakres i stopień posiadanej specjalizacji)
-
(podać: imię i nazwisko / nr PWZ / zakres i stopień posiadanej specjalizacji)
-
(podać: imię i nazwisko / nr PWZ / zakres i stopień posiadanej specjalizacji)