Załącznik nr 2 do SWKO

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 opieki pielęgniarskiej w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego dla pacjentów NIGRIR

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 opieki pielęgniarskiej w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego dla pacjentów NIGRIR 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:

- .....
  (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)

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 budżetowa; 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.

- ☐ wykonuje **zawód lekarza w ramach praktyki zawodowej** w formie*:
  - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska;
  - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania;
  - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska,
  - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania;
  - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub
  - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;
  - ☐ spółki cywilnej jako grupowa praktyka lekarska;
  - ☐ spółki jawnej jako grupowa praktyka lekarska;
  - ☐ spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska.

- ☐ wykonuje **zawód pielęgniarki w ramach praktyki zawodowej** w formie*:
  - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki;
  - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania;
  - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki;
  - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania;
  - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;
  - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;
  - ☐ spółki cywilnej jako grupowa praktyka pielęgniarek;
  - ☐ spółki jawnej jako grupowa praktyka pielęgniarek;
  - ☐ spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek.

- ☐ jest **osobą fizyczną** nie prowadzącą działalności gospodarczej.

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

- posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości …….... zgodnie z 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. za godzinę

- **deklaruję pracę w wymiarze:**

……..… godzin / miesiąc

ZAŁĄCZNIKI *:

- ☐ 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*)