

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 lekarskiej
w zakresie diagnostyki i leczenia chorób immunologicznych w Zespole Poradni 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 lekarskiej w zakresie diagnostyki i leczenia chorób immunologicznych w Zespole Poradni 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: (właściwie zaznaczyć znakiem „X”)

- ☐ **jest podmiotem leczniczym** w rozumieniu art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- ☐ **wykonuje zawód lekarza w ramach praktyki zawodowej** w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- ☐ **wykonuje zawód pielęgniarki w ramach praktyki zawodowej** w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- ☐ **jest osobą fizyczną wykonującą zawód medyczny**, nieprowadzącą działalności gospodarczej, uprawnioną do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem.

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

- posiada wymagane przepisami ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej właściwe dla statusu Oferenta i rodzaju wykonywanej działalności, z sumą gwarancyjną nie niższą niż wymagana obowiązującymi przepisami, albo zobowiązuje się do przedłożenia dokumentu potwierdzającego zawarcie takiego ubezpieczenia najpóźniej przed podpisaniem 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;
- 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:**

..... za:

godzinę / pacjenta / pkt / % wartości wykonanego i rozliczonego z NFZ świadczenia zdrowotnego / inne
(niepotrzebne skreślić)

- **deklarowana dostępność:**

Deklaruję gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą ofertą w wymiarze co najmniej: godzin miesięcznie.

(Powyższa deklaracja określa dyspozycyjność Oferenta i będzie uwzględniana przy ocenie możliwości zabezpieczenia świadczeń. Szczegółowy harmonogram będzie ustalany po zawarciu umowy zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienia.)

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)