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 lekarskiej w zakresie opieki lekarskiej w zakresie endoskopii przewodu pokarmowego obejmujących wykonywanie badań i zabiegów endoskopowych oraz bezpośrednio związane z ich realizacją czynności organizacyjne, koordynacyjne i nadzorcze służące zapewnieniu prawidłowego, bezpiecznego i ciągłego udzielania świadczeń zdrowotnych w Pracowni Endoskopii Przewodu Pokarmowego

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 endoskopii przewodu pokarmowego 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)

- ☐ **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:**

  Gastroskopia: …… zł. brutto/szt.

  Kolonoskopia: …… zł. brutto/szt.

  Polipektopia: …… zł. brutto/szt.

- **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*)