

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 reumatologii w Ośrodku Wczesnej Diagnostyki NIGRiR**

Imię i nazwisko/ nazwa lub firma.....

Adres zamieszkania/adres praktyki zawodowej/ adres siedziby podmiotu leczniczego.....

PESEL/nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej (organ dokonujący wpisu)/ nr wpisu w krajowym rejestrze sądowym i nazwa rejestru.....

NIP..... REGON.....

Nr w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą .....

Zawód/zawód osób, które będą udzielać świadczeń objętych umową .....

Nr prawa wykonywania zawodu/ Nr prawa wykonywania zawodu osób, które będą udzielać świadczeń objętych umową .....

Nr dyplomu / świadectwa (również osób, które będą udzielać świadczeń objętych umową).....

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji) (również osób, które będą udzielać świadczeń objętych umową) .....

Nr dokumentu specjalizacji (również osób, które będą udzielać świadczeń objętych umową).....

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

**Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie reumatologii w Ośrodku Wczesnej Diagnostyki NIGRiR zgodnie z opisem zawartym w „SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKACH KONKURSU OFERT ORAZ MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH O PRZEDMIOCIE KONKURSU OFERT NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH”**

#### **OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

- 1) 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;
- 2) zapoznał się z Programem profilaktyki RZS Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji.
- 3) oświadcza, że nie posiada umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia\*;
- 4) świadczeń zdrowotnych objętych konkursem ofert udzielać będzie w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie;
- 5) \*jest osobą, zatrudnia lub współpracuje z osobami legitymującymi się nabyciem fachowych kwalifikacji

---

\* zgodnie z przepisem art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej

do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny;

6) jest **podmiotem leczniczym**, 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\*:

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

6) wykonuje **zawód lekarza w ramach praktyki zawodowej** w formie\*:

- a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska;
- b) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania;
- c) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska,
- d) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania;
- e) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub
- f) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;
- g) spółki cywilnej jako grupowa praktyka lekarska;
- h) spółki jawnej jako grupowa praktyka lekarska;
- i) spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska.

7) wykonuje **zawód pielęgniarki w ramach praktyki zawodowej** w formie\*:

- a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki;
- b) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania;
- c) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki;
- d) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania;
- e) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;
- f) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;
- g) spółki cywilnej jako grupowa praktyka pielęgniarek;
- h) spółki jawnej jako grupowa praktyka pielęgniarek;
- i) spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek.

8) świadczeń zdrowotnych udzielać będzie.....

...

...

(wpisać imię i nazwisko lub liczbę i kwalifikacje zawodowe osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych);

---

*finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), dot. lekarzy, pielęgniarek, położnych, innych osób wykonujących zawód medyczny lub psychologów, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem.*

*\*\*należy wybrać pkt 4,5,6 albo 7. Pozostałe należy przekreślić. W ramach wybranego punktu należy wybrać właściwą literę, a pozostałe przekreślić.*

- 9) 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;
- 10) posiada, zatrudnia lub współpracuje z osobami posiadającymi uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert;
- 11) posiada wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
- 12) dysponuje odpowiednim potencjałem oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
- 13) znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
- 14) 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”;
- 15) **oferuje następujące warunki:**
  - a) za pierwszą wizytę pacjenta skierowanego przez POZ, obejmującą pełne podmiotowe i przedmiotowe badanie pacjenta, wraz z badaniem układu ruchu (wizyta weryfikująca), w kwocie..... zł (słownie.....),
  - b) za drugą wizytę pacjenta, po odbyciu przez niego stosownych badań, mającą na celu potwierdzenie rozpoznania RZS, w kwocie..... zł (słownie:.....)

#### **ZAŁĄCZNIKI \*\*\*:**

1. Poświadczona kopia wpisu do właściwego rejestru,
2. Poświadczona kopia nadania numeru REGON ,
3. Poświadczona kopia nadania numeru NIP ,
4. Poświadczona kopia wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej,
5. Poświadczona kopia prawa wykonywania zawodu lub prawa wykonywania zawodu osób, które będą udzielać świadczeń,
6. Poświadczona kopia dyplomu / świadectwa lub dyplomu/świadectwa osób, które będą udzielać świadczeń,
7. Poświadczona kopia specjalizacji/specjalizacji osób, które będą udzielać świadczeń,
8. Kserokopie polis oc lub oświadczenie zawierające zobowiązanie do przedłożenia kopii polis,
9. 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)*

\*\*\*niepotrzebne skreślić.