

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 zapobiegania i zwalczania zakażeń wewnątrzszpitalnych
w Klinikach NIGRIR w Warszawie oraz pełnienie obowiązku Przewodniczącego Zespołu Kontroli
Zakażeń Szpitalnych**

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 anestezjologii 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”**

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) oświadcza, że nie posiada umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia*;
- 3) świadczeń zdrowotnych objętych konkursem ofert udzielać będzie w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie;
- 4) jest osobą, zatrudnia lub współpracuje z osobami legitymującymi się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny;
- 5) 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*:
 - 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 (j.t. 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)

- 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:**
.....miesięcznie brutto

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.