FORMULARZ OFERTOWY

PRZEDMIOT KONKURSU: świadczenia lekarskie i pielęgniarskie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu oddziału chirurgii ogólnej i onkologicznej.

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa Oferenta

……

……

2. Adres Oferenta:

ul ……nr ……

kod pocztowy …… miejscowość ……

tel. …… fax ……

Regon …… NIP……

3. Niniejszym oświadczam, że jako Oferent jestem:

☐ podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
prowadzonego przez ……,
pod numerem ……,

4. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do*:

☐ Krajowego Rejestru Sądowego
pod numerem …… .

☐ nie dotyczy

5. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do*:

☐ Ewidencji Działalności Gospodarczej,
prowadzonej przez ……,
pod numerem …… .

☐ Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

☐ nie dotyczy

* *właściwe zaznaczyć*

W załączeniu przedkładam:

a) ☐ wypis z rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez właściwego miejscowo wojewodę,*
a) ☐ aktualny wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub KRS*
b) ☐ dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji zawodowych (dyplom specjalizacji)
c) ☐ prawo wykonywania zawodu , *
d) ☐ polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej*,
e) ☐ wykaz osób udzielających świadczeń zdrowotnych zgodnie z załączonym wzorem,. *
f) ☐ oświadczenie – załącznik do formularza ofertowego*
g) ☐ oświadczenie lub zaświadczenie potwierdzające doświadczenie zawodowe podmiotu leczniczego w ramach realizacji świadczeń z zakresu chirurgii ogólnej wykonywanych w ramach umowy chirurgii dnia jednego lub hospitalizacji

* właściwe zaznaczyć
Powyższe dokumenty należy złożyć w postaci kserokopii, potwierdzonych przez Oferenta za zgodność z oryginałem

Zaproponowana wartość oferty: **……% wartości punktowej** procedury wykonanej i poprawnie sprawozdanej przez Przyjmującego zamówienie w ramach umowy zawartej pomiędzy Udzielającym zamówienia a NFZ oraz ceny jednostki rozliczeniowej wynoszącej **1 zł** (słownie: jeden złotych) za jeden punkt.

……
(pieczątka i podpis Oferenta)

Załącznik do formularza ofertowego

.....

pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Wykaz osób udzielających świadczeń zdrowotnych

L.p.	Imię i nazwisko	PESEL	Nr prawa wykonywania zawodu	Posiadane specjalizacje
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Obowiązkowo załączyć prawo wykonywania zawodu i dyplomy specjalizacji osób wymienionych w wykazie.

.....

(pieczątka i podpis Oferenta)

Załącznik do formularza ofertowego

.....
pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, ze zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówień na świadczenie zdrowotne.
4. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.

Data.....

.....
Podpis Oferenta