

.....  
pieczęćka Oferenta

..... dnia .....

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie chirurgii dziecięcej:**

- 1. udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii – Centrum Leczenia Kamicy od 8<sup>00</sup> do 15<sup>00</sup>**
- 2. pełnienia dyżurów w Oddziale Chirurgii – Centrum Leczenia Kamicy od 15<sup>00</sup> do 8<sup>00</sup>**
- 3. pozostawania w gotowości do udzielania takich świadczeń zdrowotnych („dyżury pod telefonem”)**
- 4. udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgicznej  
zwanymi dalej łącznie „świadczeniami”.**

**Znak: KUŚZ/13/2017**

**I. DANE OFERENTA**

1. Imię i nazwisko Oferenta

.....

2. Adres z kodem .....

3. tel. .... fax .....

4. NIP ..... REGON .....

5. Nr wpisu do rejestru specjalistycznych indywidualnych praktyk lekarskich,  
prowadzonego przez właściwą Okręgową Radę Lekarską

.....

6. Kopia wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej)

.....

7. Nr prawa wykonywania zawodu .....

8. Nr dokumentu specjalizacji .....

**II. PRZEDMIOT OFERTY**

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie:

- udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii – Centrum Leczenia Kamicy od 8<sup>00</sup> do 15<sup>00</sup>
- pełnienia dyżurów w Oddziale Chirurgii – Centrum Leczenia Kamicy od 15<sup>00</sup> do 8<sup>00</sup>
- pozostawania w gotowości do udzielania takich świadczeń zdrowotnych („dyżury pod telefonem”)
- w Poradni Chirurgicznej

zwanymi dalej łącznie „świadczeniami”, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO, na zasadach określonych w SWKO i umowie, której wzór stanowi załącznik nr 3 do SWKO.

 1

2. Oświadczam, że posiadam wszystkie odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz, że prawo do wykonywania zawodu lekarza nie zostało zawieszone.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom lekarskim, niezbędnym do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz na odbycie szkolenia w zakresie BHP.
4. Oświadczam, że oferowane świadczenia będą wykonywane przeze mnie osobiście, na poziomie zgodnym z przyjętymi u Zamawiającego standardami oraz z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP.

### **III. WARTOŚĆ OFERTY**

Oferuję cenę na terenie SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w wysokości:

- ▲ ..... zł. brutto (słownie:.....) – za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii od 8<sup>00</sup> do 15<sup>00</sup>
- ▲ ..... zł. brutto (słownie:.....) - za 1 godzinę pełnienia dyżuru w Oddziale Chirurgii od 15<sup>00</sup> do 8<sup>00</sup>
- ▲ ..... zł. brutto (słownie: ..... ) - za 1 godzinę pozostawiania w gotowości do udzielania takich świadczeń zdrowotnych (dyżury pod telefonem)
- ▲ .....zł. brutto za punkt NFZ (słownie: ..... zł. i 00/100) za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgicznej.

### **IV. ISTOTNE WARUNKI UMOWY**

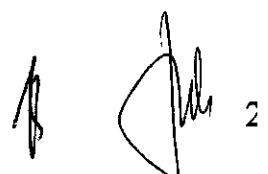
1. Oświadczam, że akceptuję i nie zgłaszam zastrzeżeń do postanowień zawartych we wzorze umowy, stanowiącym załącznik nr 3 do SWKO i zobowiązuję się do zawarcia umowy na wskazanych warunkach i w terminie określonym przez Zamawiającego.
2. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej lub zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem umowy przed zawarciem umowy. Zobowiązuję się do dostarczenia kopii polisy Zamawiającemu najpóźniej w dniu poprzedzającym zawarcie umowy.
3. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych maks. .... godzin w miesiącu, w terminach wyznaczonych wg harmonogramu ustalonego przez Zamawiającego.

### **V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ogólnymi warunkami umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że w okresie ostatnich pięciu lat poprzedzających termin składania ofert w niniejszym konkursie SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym nie rozwiązał ze mną umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Termin ważności oferty wynosi 30 dni od terminu składania ofert.

### **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY \***

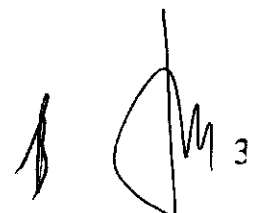
1. kopia wpisu do rejestru Indywidualnych specjalistycznych Praktyk lekarskich lub oświadczenie o złożeniu wniosku o rejestrację praktyki w OIL.



2

2. kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
3. kopia nadania numeru REGON
4. kopia nadania numeru NIP
5. kopia dyplomu uzyskania tytułu lekarza
6. Kopie prawa wykonywania zawodu lekarza
7. kopia posiadanych specjalizacji
8. kopie dyplomów ukończonych kursów
9. kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub oświadczenie o przedłożeniu/doniesieniu polisy OC zgodnie z przepisami obowiązującymi od 01.07.2011r.
10. zaświadczenie tj. dokument potwierdzający aktualne badania lekarskie, niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych oraz aktualne szkolenia w zakresie BHP.
10. CV

\_\_\_\_\_  
*podpis osoby umocowanej do reprezentowania Oferenta*

 3