

Załącznik nr 1 do „Szczegółowych warunków konkursu ofert” na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Łódź, dnia.....

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta
Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Kopcińskiego 22, 91-153 Łódź**

O F E R T A

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy na okres 3 lat w rodzaju Kod CPV: 85143000-3 usługi ambulatoryjne z zakresu:

**udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu alergologii
w dni powszednie w godzinach 8.00-18.00
(z podziałem na 2 pakiety)**

Pakiet 1. udzielanie świadczeń w Poradni Alergologicznej

Pakiet 2. udzielanie świadczeń w Poradni Alergologicznej dla Dzieci

**w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1
im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

Dotyczy indywidualnej praktyki lekarskiej:

Imię

Nazwisko

PESEL

Zawód

Nr prawa wykonywania zawodu

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji)

Nr dokumentu specjalizacji

Numer księgi rejestrowej.....

Firma przedsiębiorcy

NIP REGON.....

Adres indywidualnej praktyki lekarskiej.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki)

Telefon

Dotyczy podmiotów leczniczych dysponujących własnym personelem:

Pełna nazwa podmiotu ubiegającego się o udzielenie zamówienia:

.....

Adres wraz z kodem pocztowym:

Nazwa organu uprawnionego do reprezentowania podmiotu:

Numer telefonu:

Numer fax:

Numer rejestru sądowego KRS:

Nazwa i siedziba sądu:

Numer NIP:

Numer REGON:

Nr rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą OIL lub nr KRS lub nr rejestru podmiotów prowadzących działalność gospodarczą CEIDG (*niepotrzebne skreślić*):

Imię i nazwisko oraz nr telefonu osoby odpowiedzialnej za nadzór merytoryczny nad realizacją świadczeń zdrowotnych:

Adres e-mail:

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy na okres 3 lat z zakresu alergologii w dni powszednie w godzinach 8.00-18.00 (z podziałem na 2 pakiety)

1. udzielanie świadczeń w Poradni Alergologicznej

2. udzielanie świadczeń w Poradni Alergologicznej dla Dzieci

w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w siedzibie Udzielającego Zamówienia zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

Oferent proponuje następujące warunki wynagrodzenia:

Pakiet 1: Stawka..... % (nie więcej niż 50%) kwoty opłaconej za świadczenia wykonane i potwierdzone przez NFZ i po odliczeniu kosztów zleconych badań w Poradni Alergologicznej

Pakiet 2: Stawka..... % (nie więcej niż 50%) kwoty opłaconej za świadczenia wykonane i potwierdzone przez NFZ i po odliczeniu kosztów zleconych badań w Poradni Alergologicznej dla Dzieci

(Uwaga Oferent wypełnia tylko te punkty, na które pakiety składa Ofertę, nie wpisanie stawki w danym punkcie (w danym pakiecie) będzie uznane jako nie złożenie oferty przez Oferenta w tym zakresie.)

Podpis Oferenta:

.....

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie wnosi do nich zastrzeżeń.

Zapoznał się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 2 do „Szczegółowych warunków konkursu ofert” i akceptuje je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuje się w przypadku wyboru jego oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia. W przypadku uchylenia się od podpisania przez wybranego Oferenta umowy, w terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia, może to stanowić podstawę do wykluczenia od udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego Zamówienia.

Uważa się związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.

Zapoznał się z Regulaminem Przeprowadzania Konkursu obowiązującym u Udzielającego Zamówienia.

Świadczenia zdrowotne objęte konkursem wykonywać będzie w siedzibie Udzielającego Zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu Zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego Zamówienia.

Prowadzi Indywidualną Praktykę zarejestrowaną w rejestrze indywidualnych praktyk lub jest podmiotem leczniczym zarejestrowanym w zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.

Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście (dotyczy praktyk indywidualnych) lub za pomocą personelu, którym dysponuje (dotyczy. Podmiotów leczniczych dysponujących własnym personelem).

Zgodnie z jego wiedzą nie zostało wszczęte ani nie toczy się przeciwko niemu w krajach Unii Europejskiej oraz państwach trzecich postępowanie o pozbawienie prawa do wykonywania zawodu ani nie został on w żadnym kraju Unii Europejskiej oraz państwach trzecich pozbawiony prawa do wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu lub ostateczną decyzją właściwych organów.

Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 866) i/lub Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 293, poz. 1728).

Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość na dzień podpisania umowy.

Podpis Oferenta:

.....

Załącznik Nr 1 do formularza ofertowego

ZAŁĄCZNIKI – odpowiednio dla OFERENTA**:

Oryginały lub poświadczane kopie dokumentów określających status prawny oferenta, w szczególności:

1. Zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych/indywidualnych specjalistycznych praktyk,
2. Zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
3. Zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
4. Zaświadczenie o wpisie do KRS,
5. Kopię polisy OC,
6. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert”, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta,
7. Wykaz personelu wyznaczonego do realizacji świadczeń zdrowotnych, zgodnie z załącznikiem nr 3 do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych (dotyczy oferenta – podmiotu leczniczego).

Oryginały lub poświadczane kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza (jeżeli oferentem jest podmiot leczniczy, niniejsze dotyczy personelu, którym oferent dysponuje), w szczególności:

1. Prawo wykonywania zawodu,
2. Dyplom,
3. Kopie dokumentów dotyczących specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych,
4. Kopie dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje, inne posiadane dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności, wymaganego stażu pracy.

** - skreślić jeżeli nie dotyczy.

Podpis Oferenta:

.....