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 TA

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

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy na okres 3 lat
w rodzaju Kod CPV: 85143000-3 usługi ambulatoryjne z zakresu okulistyki
w dni powszednie w godzinach 8.00-18.00
w Poradni Okulistycznej wraz z Programem Lekowym AMD, DME, RVO oraz w Poradni Leczenia Zeza
w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1
im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

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 .....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy na okres 3 lat z zakresu okulistyki w dni powszednie w godzinach 8.00-18.00 w Poradni Okulistycznej wraz Programem Lekowym AMD, DME, RVO oraz w Poradni Leczenia Zeza 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:

Poradnia Okulistyczna

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

Stawka……kwota za pacjenta w Programie Lekowym AMD, DME, RVO w Poradni Okulistycznej

Poradnia Leczenia Zeza

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

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 uchylania 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 Zamówienie.

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 Zamówienie.

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 ……zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.

Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.

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 poświadczone kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, 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.
5. Oświadczenie oferenta o obowiązku przedłożenia zaświadczenia o niekaralności z KRK przed podpisaniem umowy,
6. Aktualne orzeczenie lekarskie wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania czynności, będących przedmiotem niniejszego postępowania.

Oryginały lub poświadczone 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.

**- skreślić jeżeli nie dotyczy.

Podpis Oferenta:

……