

Dane oferenta:

....., dnia.....
Imię i nazwisko / Nazwa*

.....
Adres / Siedziba*

.....
Adres do korespondencji

.....
Telefon

.....
Adres e-mail

.....
(numer wpisu do właściwego rejestru i
oznaczenie organu dokonującego wpisu)

.....
NIP

.....
REGON

.....
PESEL oferenta

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia
z Zakładem Opiekuńczo- Lecznicznym SPZOZ z
siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3
61-285 Poznań, ul. Szwajcarska 3

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo- Lecznicznym SPZOZ z siedzibą przy ul. Szwajcarskiej 3 w zakresie:

Udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego w Oddziale Okulistyki

Oferowane świadczenia opieki zdrowotnej udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności, a także leków i materiałów Udzielającego zamówienia.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia , regulaminem przeprowadzania konkursu ofert i prac komisji konkursowej oraz projektem umowy na świadczenia zdrowotne i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

Przyjmującemu Zamówienie przysługuje następujące wynagrodzenie brutto, z :

- a) Z tytułu realizacji świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne (z wyłączeniem programów lekowych) na Oddziale Okulistyki:
 - I. Z tytułu realizacji świadczeń realizowanych w ramach ryczału PSZ wynosi ____% ceny punktu rozliczeniowego stanowiącego podstawę rozliczenia między Szpitalem a NFZ,

- II. Z tytułu realizacji świadczeń realizowanych w poza ryczałtem PSZ wynosi ____% ceny punktu rozliczeniowego stanowiącego podstawę rozliczenia między Szpitalem a NFZ,
- b) ____ zł za godzinę pracy w godzinach wykraczających poza nominalne godziny pracy oddziałów (tj. 14.35 – 7.00 dnia następnego, w dniach od poniedziałku do soboty, oraz 7.00 – 7.00 dnia następnego, w soboty oraz niedziele, dni ustawowo wolne od pracy i dni wolne od pracy u **Udzielającego Zamówienie**),
- c) ____% wartości świadczeń udzielonych pacjentom finansowanych ze środków innych niż kontrakt z NFZ (np. pacjenci spoza Unii Europejskiej) w przypadkach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia, przy czym kwota do zapłaty zostanie przekazana **Przyjmującemu Zamówienie** po otrzymaniu przez **Udzielającego Zamówienia** należności za wykonane świadczenie.
- d) Wynagrodzenie na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów (Dz.U. 2022 poz. 2093) określone przez koordynatora POLTRANSPLANT,
- e) ____% ceny określonej w umowie zawartej przez Szpital lub wynikającej z obowiązującego w Szpitalu cennika za wykonywanie konsultacji / usług dla podmiotów zewnętrznych, pod warunkiem, że świadczenia te finansowane są ze środków publicznych, przy czym kwota do zapłaty zostanie przekazana **Przyjmującemu Zamówienie** po otrzymaniu przez **Udzielającego Zamówienia** należności za wykonane świadczenia.

Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych przedmiotem zamówienia. Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych: dyplom, dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie objętej ofertą oraz prawo wykonywania zawodu oraz inne dokumenty uprawniające do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia. załączam do oferty

Oświadczam, że zobowiązuję się zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową na zasadach przewidzianych w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 618) i dostarczyć Udzielającemu zamówieni.

Oświadczam, że nie mam przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy potwierdzające ten fakt przedstawię najpóźniej w przeddzień podpisania umowy.

Oświadczam, że odbyłem / odbyłam* przewidziane przepisami prawa pracy szkolenie bhp, ppoż i stanowiskowe. Zaświadczenia o odbytych szkoleniach dostarczę najpóźniej w przeddzień podpisania umowy.

Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS- em.

Oświadczam, że w przypadku wyboru przez Udzielającego zamówienia mojej oferty dokonam wpisu w rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą uwzględniającego rodzaj i zakres świadczeń zdrowotnych wskazanych w ofercie.

Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert

.....
(pieczętka i podpis)

W załączeniu składam:

1. wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
2. aktualny odpis z CEiDG /KRS
3. kserokopię dyplomu¹
4. kserokopię dokumentów uprawniających do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia
5. Informację z Krajowego Rejestru Karnego lub rejestru karnego innego państwa zgodnie z przepisami art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich lub oświadczenie o przedłożeniu informacji przed przystąpieniem do realizacji umowy