

Dane oferenta :

....., dnia

Imię i nazwisko / Nazwa*

.....

Adres / Siedziba*

.....

Adres do korespondencji

.....

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

.....

NIP

.....

REGON

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 lekarza w formie usług anatomopatologicznych i kierowania Pracownią Anatomii Patologicznej

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 Zarządzenia Dyrektora nr 77 z dnia 13.12.2024r., Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert i pracy komisji konkursowej, Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy (dalej: umowa) na świadczenia zdrowotne i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania ofert.

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg stawki ryczałtowej :

za kierowanie pracownią oraz ocenę preparatów histopatologicznych i cytologicznych łącznie z wykrojeniem materiału, napisaniem wyniku, oraz wykonanie badania śródoperacyjnego	
--	--

za wykonanie badań anatomicznych wraz z napisaniem protokołu	
---	--

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego Zamówienia złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na okres **od.1 stycznia 2025 r. – do 30.06.2027 r..** oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych w w/w okresie

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

Oświadczam, że zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy. Polisę potwierdzającą zawarcie w.w umowy przedstawię w terminie zgodnym z postanowieniami umowy.

Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Zaświadczenia lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy potwierdzające ten fakt przedstawię w terminie zgodnym z postanowieniami umowy.

Oświadczam, że odbędę przewidziane przepisami prawa pracy szkolenie bhp, ppoż i stanowiskowe. Zaświadczenia o odbytych szkoleniach dostarczę najpóźniej przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie zawartej umowy.

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

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

.....
(pieczęć i podpis)

W załączeniu składam:

1. aktualny wpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/
Krajowego Rejestru Sądowego
2. Kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje

.....
(pieczętka i podpis)