

Dane oferenta :

....., dnia

.....
Imię i nazwisko / Nazwa*

.....
Adres / Siedziba*

.....
Adres do korespondencji

.....
Nr telefonu

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

.....
NIP

.....
REGON

.....
E-MAIL, TELEFON

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

FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWADCZEŃ 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:

Ambulatoryjne badanie serca – Rezonans magnetyczny

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 9 z dnia 12.05.2025 ogłoszenia, regulaminem przeprowadzania konkursu ofert i prac komisji konkursowej oraz projektem umowy na świadczenia zdrowotne i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg stawki ryczałtowej

..... zł za jedno badanie i opis

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres

Od 01.06.2025 r. – do 30.06.2027 r.

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 ¹

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 2013 r. poz. 217) i dostarczyć Udzielającemu zamówienie w ciągu 7 dni od rozpoczęcia udzielania świadczeń i zapewnić jej obowiązywanie przez cały czas trwania umowy. 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.¹

Oświadczam, że odbyłem / odbyłam* przewidziane przepisami prawa pracy szkolenie bhp, ppoż i stanowiskowe. Zaświadczenia o odbytych szkoleniach dostarczę najpóźniej w przeddzień podpisania umowy.¹

Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej 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.

Oświadczam, że po podpisaniu umowy zobowiązuję się do wskazania miejsca udzielania świadczeń w rejestrze podmiotów leczniczych

W załączeniu składam:

1. aktualny wpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
2. wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
3. kserokopię dyplomu
4. kserokopia dokumentów uprawniających do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia
5. oświadczenie w przedmiocie niekaralności, którzy w dniu składania nie posiadają zaświadczenia z KRK zgodnie z przepisami art.21 ustawy z dn.13 maja 2016r. o o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

.....
(pieczęć i podpis)

*niepotrzebne skreślić