

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- Lecznym 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- Lecznym SPZOZ z siedzibą przy ul. Szwajcarskiej 3 w zakresie:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza systemie TELERADIOLOGII

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 z dnia 21.07. 2023 r., 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.

Zobowiązuję się, iż umowę będę wykonywał przy udziale wykwalifikowanego **Personelu** w Oddziale Neurochirurgii wg harmonogramu uzgodnionego z Udzielającym zamówienia.

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg stawki :

- a) **zł** za wykonanie 1 opisu badania badanie tomografii komputerowej w trybie CITO
- b) **zł** za wykonanie 1 opisu badania badanie tomografii komputerowej w trybie CITO SOR

- c) **zł** za wykonanie 1 opisu badania tomografii komputerowej w trybie na ratunek, w tym w trybie na ratunek w przypadku udarów mózgu lub krwotoków
- d) za wykonanie 1 opisu badania tomografii komputerowej w trybie ambulatoryjnym:
- **zł** tomografia komputerowa : brzuch, miednica, klatka piersiowa, stawy;
 - **zł** tomografia komputerowa : głowa, kręgosłup;
 - **zł** tomografia komputerowa : angio KT każda okolica ;
- e)**zł** za wykonanie 1 opisu badań rezonansu magnetycznego na potrzeby Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym
- f) **zł** za wykonanie 1 opisu badań rezonansu magnetycznego w trybie ambulatoryjnym
- g) Opłaty instalacyjno-abonamentowe:
- **zł netto/miesięcznie** - wsparcie koordynatora badań 24/7
 - **zł netto / miesięcznie**. Wsparcie IT 24/7
 - **zł / miesięcznie** - ryczałt minimalny w przypadku wysłania mniejszej liczby badań do opisu niż wartość ryczałtu

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

Oświadczam, że Personel posiada 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

Oświadczam, że Personel 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 Personel odbędzie 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.

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, wykonywanych w pomieszczeniach Udzielającego zamówienia w terminie do dnia roku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U.2019.1781 ze zm.) wyłącznie w celu i w zakresie niezbędnym dla przeprowadzenia Konkursu oraz jestem świadoma/y przysługujących mi praw związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych jest równoznaczne z wycofaniem oferty z Konkursu.

.....
(pieczęć i podpis)

W załączeniu składam:

1. aktualny wpis z Krajowego Rejestru Sądowego
2. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych
3. wykaz Personelu z załączonymi kserokopiami dokumentów potwierdzających kwalifikacje

.....
(pieczęć i podpis)