

....., dn.....

### FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń Poradni Żywieniowej w zakresie kwalifikowania pacjentów do żywienia dietą przemysłową, udzielanych w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym im. Sue Ryder przy ul. Mehoffera 72/74 w Warszawie, Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym przy ul. Szubińskiej 4 w Warszawie i Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym przy ul. Olchy 8 w Warszawie, wchodzących w skład Stołecznego Centrum Opiekuńczo- Leczniczego Spółka z o.o. z siedzibą przy ul. Mehoffera 72/74, 03-131 Warszawa wykonywanych przez:

1. Nazwa Przyjmującego zamówienie:.....  
.....
2. Adres siedziby.....  
Kod pocztowy.....
3. Numer wpisu do właściwego rejestru .....
4. NIP .....
5. REGON .....
6. Telefon ..... e-mail .....
7. Numer konta do umowy:  
.....

Osobą uprawnianą do podpisywania i złożenia oferty oraz podejmowania czynności związanych z prowadzonym postępowaniem konkursowym w imieniu Przyjmującego zamówienie jest:

.....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń Poradni Żywieniowej w zakresie kwalifikowania pacjentów do żywienia dietą przemysłową w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym im. Sue Ryder przy ul. Mehoffera 72/74, Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym przy ul. Szubińskiej 4 oraz Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym przy ul Olchy 8 w Warszawie, należących do SCOL Sp. z o.o. w okresie wskazanym w ogłoszeniu o przeprowadzeniu konkursu, na warunkach określonych w projekcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursów ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Zapoznał się z przepisami prawa w przedmiotowym zakresie, dysponuje osobą/osobami posiadającymi uprawnienia i kwalifikacje zawodowe, niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy w Zakładach Opiekuńczo- Lecznicznych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, zgodnie z załącznikiem - Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U.2015.1658 t.j. z dnia 2015.10.21) oraz, że podda się kontroli NFZ w ramach świadczeń objętych przedmiotową umową.
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jako podwykonawca świadczeń dla Stołecznego Centrum Opiekuńczo- Lecznicznego Sp. z o.o. wykaże w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji /SZOI/ w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia zawartą z Udzielającym zamówienia umowę podwykonawczą.
4. Uważa się za związanego ofertą przez 30 dni licząc od dnia otwarcia ofert.
5. Oferowane świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami przez NFZ, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.-poż., BHP.
6. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej\* (OC) spełniające wymogi wynikające z rozporządzenia wydanego na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej i zobowiązuje się do jego utrzymania przez cały okres trwania umowy.
7. Lekarz skierowany przez Poradnię Żywnościową do udzielania świadczeń przedłoży w Dziale Kadr SCOL Sp. z o.o. aktualne zaświadczenie o odbytym szkoleniu z zakresu BHP w związku z podpisaniem umowy.
8. Powierzonych świadczeń objętych umową udzielać będzie w okresie wskazanym w ogłoszeniu od dn. 09.08.2021 r. do dn. 08.08.2024 r.
9. Wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....dnia.....

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

## CENA OFERTOWA

L.p.	Rodzaj świadczenia	Cena w PLN (brutto)
1.	Kwalifikacja chorych do żywienia dietą przemysłową <u>Cena za 1 konsultację</u>	
2.	Ryczałt miesięczny za gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych <u>Cena za 1 miesiąc</u>	

- W cenie są zawarte wszystkie koszty, jakie ponosi Przyjmujący zamówienie przy realizacji przedmiotu zamówienia.
- Ceny są stałe w okresie związania umową.
- Wszystkie podane wyżej ceny są cenami w złotych, ostatecznymi i uwzględniają wymagania Udzielającego zamówienie, odnoszące się do przedmiotu zamówienia.
- Podana do wypracowania maksymalna ilość konsultacji jest ilością szacunkową w celu określenia maksymalnej wartości umowy i może ulec zmniejszeniu w trakcie realizacji umowy. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo niewykorzystania maksymalnej ilości konsultacji. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że nie będzie dochodził roszczeń z tytułu zmniejszenia ich ilości.

## ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczona kopia wpisu do właściwego rejestru Przyjmującego zamówienie.
2. Poświadczone kopie dokumentów lub ich oryginały, potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza osoby/osób, które będą realizować przedmiot zamówienia (dyplom, prawo wykonywania zawodu, inne dokumenty nadające uprawnienia do wykonywania świadczeń będących przedmiotem umowy),
3. Poświadczona kserokopia nadania numeru REGON i NIP (nie jest wymagane w przypadku załączenia wydruku CEIDG),
4. Poświadczona kopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy,
5. Pełnomocnictwo – wyłącznie w przypadku złożenie oferty i reprezentacji Przyjmującego zamówienie przez pełnomocnika.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów związanych z niniejszym postępowaniem w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla jego należytego zrealizowania (m.in. zamieszczenia tych danych i ich upublicznienia w rozstrzygnięciu konkursu a także w protokole wyboru).*

.....dnia.....

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)