

Warszawa, dn.....

**FORMULARZ OFERTOWY**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

w zakresie świadczeń lekarskich udzielanych przez lekarza POZ

w Poradni – Geriatryczne Centrum Medyczne Warszawa, przy Al. Wilanowskiej 257

należącym do Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego Sp. z o.o.

z siedzibą w Warszawie przy ul. Mehoffera 72/74 w zakresie:

Świadczeń lekarskich wykonywanych przez .....

Udzielający zamówienie wymaga, aby Przyjmujący zamówienie posiadali tytuł lekarza medycyny oraz prawo wykonywania zawodu

Nazwa Przyjmującego zamówienie:.....

.....

1. Adres siedziby.....

Kod pocztowy.....

2. Numer wpisu do właściwego rejestru\* .....

3. NIP\* .....

4. REGON\* .....

5. Dane tele-adresowe. .... e-mail .....

6. Numer konta: .....

Osobą uprawnianą do podpisywania i złożenia oferty oraz podejmowania czynności związanych z

przewodzonego postępowaniem konkursowym w imieniu Przyjmującego zamówienie

jest\*:.....

\*Załączyć właściwe kopie dokumentów (poświadczane za zgodność z oryginałem)

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń lekarskich w Poradni POZ - Geriatrycznym Centrum Medycznym Warszawa przy Al. Wilanowskiej 257 obejmującym opieką mieszkańców DPS Centrum Alzheimerza Al. Wilanowska 257 w Warszawie w okresie, wskazanym w ogłoszeniu, 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.
3. Posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje zawodowe\* niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy oraz, że podda się kontroli NFZ w ramach świadczeń objętych przedmiotową umową.
4. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jako podwykonawca świadczeń dla Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego wykaże w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji /SZOI/ w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia zawartą z Udzielającym Zamówienia umowę podwykonawczą.
5. Uważa się za związanego ofertą przez 30 dni licząc od dnia otwarcia ofert.
6. Oferowane świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami przez NFZ, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p. poz., BHP.
7. 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.
8. Przedłoży w Dziale Kadr SCOL Sp. z o.o. aktualne zaświadczenie o odbytym szkoleniu z zakresu BHP w związku z podpisaniem umowy.
9. Powierzonych świadczeń objętych umową udzielać będzie w okresie od dnia 22.01.2022 r. – do dnia 21.01.2024 r.
10. Zobowiązuje się do realizacji świadczeń zgodnie z ustaloną liczbą godzin, to jest: średnio 40 godzin miesięcznie, maksymalnie 960 godzin w okresie obowiązywania umowy oraz zgodnie z harmonogramem pracy ustalonym z kierownictwem Udzielającego zamówienie.
11. Wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

## CENA OFERTOWA

L.p.	Rodzaj świadczenia	Cena za 1 godzinę (brutto)
1.	Świadczenia lekarskie udzielane w Poradni POZ – Geriatryczne Centrum Medyczne Warszawa, ul. Wilanowska 257 w Warszawie wchodzącym w skład SCOL Sp. z o.o. 2 x tygodniowo w przedziale czasowym od godz.: 08.00 – do godz.: 13.00 w okresie od dnia 22.01.2022 r. – do dnia 21.01.2024 r.	

Liczba godzin w konkursie: usługa medyczna - średnio 40 godzin miesięcznie, łącznie maksymalnie 960 godzin w okresie obowiązywania umowy

- 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 Zamawiającego, odnoszą się do przedmiotu zamówienia.
- Podana do wypracowania maksymalna ilość godzin 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 godzin wskazanej miesięcznie. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że nie będzie dochodził roszczeń z tytułu zmniejszenia miesięcznej ilości godzin.

### ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczona kopia wpisu do właściwego rejestru Przyjmującego zamówienie,
2. Dyplom ukończenia studiów na kierunku lekarskim oraz prawo wykonywania zawodu - kopia poświadczona za zgodność z oryginałem,
3. Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP – potwierdzający wpis praktyki lekarskiej,
4. Poświadczona kopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy,
6. Pełnomocnictwo – wyłącznie w przypadku złożenia 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)

