

Warszawa, dn.....

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ZOL przy ul. Mehoffera 72/74 w Warszawie,

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

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

Świadczeń lekarskich wykonywanych przez

Udzielający zamówienie wymaga, aby Przyjmujący zamówienie posiadali specjalizację z zakresu chorób wewnętrznych lub innej specjalizacji zachowawczej lub w trakcie specjalizacji oraz prawo wykonywania zawodu.

1. Przyjmujący zamówienie – Imię i nazwisko

.....

2. Adres:

.....

Kod pocztowy.....

3. Numer pesel:

4. Numer prawa wykonywania zawodu:

5. NIP (jeśli Przyjmujący zamówienie posiada)

6. Tel.: e-mail

7. Numer konta do umowy:

.....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń lekarskich w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym im. Sue Ryder przy ul. Mehoffera 72/74 wchodzącym w skład SCOL Sp. z o.o. w okresie 12 miesięcy od dnia następującego po podpisaniu umowy, 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.
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 wskazanym w ogłoszeniu: 12 miesięcy od dnia następującego po podpisaniu umowy.
10. Zobowiązuje się do realizacji świadczeń zgodnie z ustaloną liczbą godzin w okresie obowiązywania umowy oraz zgodnie z ustalonym przez Udzielającego zamówienia harmonogramem pracy.
11. Wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....dnia.....

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

CENA OFERTOWA

L.p.	Rodzaj świadczenia	Cena za 1 godzinę (brutto)
1.	Świadczenia lekarskie w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym przy ul. Mehoffera 72/74 należącym do SCOL Sp. o.o.	

Ilość godzin: średnio 160 godzin miesięcznie; maksymalnie do 1920 godzin w okresie obowiązywania umowy oraz zgodnie z ustalonym harmonogramem pracy na warunkach określonych we wzorze 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. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe: Dyplom ukończenia studiów na kierunku lekarskim (kopia poświadczona za zgodność z oryginałem) oraz dokumenty potwierdzające odbytą/odbywaną specjalizację.
2. Prawo wykonywania zawodu (kopia poświadczona za zgodność z oryginałem)
3. Polisa OC (kopia poświadczona za zgodność z oryginałem) lub oświadczenie o przedłożeniu polisy przez Przyjmującego zamówienie przed zawarciem umowy.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów związanych z niniejszym postępowaniem konkursowym.

.....dnia.....

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)