

Warszawa, dn.....

FORMULARZ OFERTOWY

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

ZOL przy ul. Olchy 8 w Warszawie,

należących 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 posiadał następujące kwalifikacje -
specjalizację z dziedziny rehabilitacja medyczna oraz prawo wykonywania zawodu.

1. Nazwa Przyjmującego zamówienie:.....
.....
2. Adres siedziby.....
Kod pocztowy.....
3. Numer wpisu do właściwego rejestru
4. NIP
5. REGON
6. Dane tele-adresowe. 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 lekarskich w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym im. Sue Ryder przy ul. Mehoffera 72/74, Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym przy ul. Olchy 8 w Warszawie, wchodzących w skład SCOL Sp. z o.o. w okresie wskazanym w ogłoszeniu o Konkursie, 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. 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. Przedłoży w Dziale Kadr SCOL Sp. z o.o. aktualne zaświadczenie o odbytym szkoleniu z zakresu BHP w związku z podpisaniem umowy oraz zaświadczenie od lekarza medycyny pracy.
8. Powierzonych świadczeń objętych umową udzielać będzie w okresie wskazanym w ogłoszeniu – 12 miesięcy od dnia podpisania umowy przez Strony.
9. Zobowiązuje się do realizacji świadczeń zgodnie z ustaloną liczbą godzin: średnio 20 godzin miesięcznie, łącznie do 240 godzin w okresie obowiązywania umowy oraz zgodnie z ustalonym przez Udzielającego zamówienia harmonogramem pracy.
10. 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 z dziedziny rehabilitacji medycznej udzielane w ZOL przy ul. Mehoffera 72/74 w Warszawie, ZOL przy ul. Olchy 8 w Warszawie, należących do SCOL Sp. o.o.	

Świadczenia lekarskie będą udzielane zgodnie z umową, której wzór zawiera Zał. nr 3 do ogłoszenia o Konkursie.

Ilość godzin w konkursie: świadczenia lekarskie – średnio 20 godzin miesięcznie oraz do 240 godzin w okresie 12 miesięcy obowiązywania umowy; zgodnie z ustalonym przez Udzielającego zamówienia harmonogramem pracy.

- 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 (jeśli dotyczy).
2. Poświadczona kopia o kwalifikacjach do wykonywania świadczeń objętych zamówieniem oraz prawo wykonywania zawodu,
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 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)