



Załącznik nr 2 do ogłoszenia o Konkursie 6/2023

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu świadczeń lekarskich –

lekarz ubezpieczenia zdrowotnego

w Dziennym Domu Opieki Medycznej (DDOM) 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 (03-131)

1. Nazwa Przyjmującego zamówienie:

.....
.....

2. Adres

siedziby.....

Kod pocztowy.....

3. Numer wpisu do właściwego rejestru

4. NIP

5. REGON

6. Tel:.....

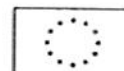
e-mail:

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 Dziennym Domu Opieki Medycznej (DDOM) ul. Mehoffera 72/74 w Warszawie wchodzącym w skład SCOL Sp. z o.o. w okresie wskazanym w ogłoszeniu o przeprowadzeniu konkursu tj. 6 miesięcy od dnia 01.04.2023 r. – do dnia 30.09.2023 r., na warunkach określonych w projekcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem, zgodnie ze standardem „Dzienny dom opieki medycznej” wydanym przez Ministerstwo Zdrowia (wrzesień 2017r.).



Świadczenia zdrowotne będą realizowane i finansowane zgodnie z Projektem p.t. „Dzienny Dom Opieki Medycznej dla osób starszych i niesamodzielnych w Stołecznym Centrum Opiekuńczo- Leczniczym w Warszawie”, nr wniosku: RPMA 09.02.02-14-a708/18 – dofinansowanie ze środków Unii Europejskiej – EFS, Numer i nazwa Osi Priorytetowej RPO WM 2014-2020 IX – „Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem”, Numer i nazwa Działania: „9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej” Numer i nazwa Poddziałania : „9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych”, Typ projektu: „Zdrowie”.

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

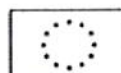
1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie, Zał. nr 1 do ogłoszenia „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Zapoznał się z przepisami prawa w zakresie przedmiotu konkursu.
3. Posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje zawodowe niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy oraz, że podda się kontroli Mazowieckiej Jednostki Wdrażania Projektów Unijnych 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, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p. poz., 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 stanie zdrowia oraz o odbytym szkoleniu z zakresu BHP w związku z podpisaniem umowy.
8. Powierzonych świadczeń objętych umową udzielać będzie w okresie wskazanym w ogłoszeniu tj. **6 miesięcy w terminie od dnia 01.04.2023 r. do dnia 30.09.2023 r.**
9. Zobowiązuje się do realizacji świadczeń zgodnie z ustaloną liczbą godzin, to jest: dwa razy w tygodniu po 6 godzin; miesięcznie 48 godzin x 6 miesięcy oraz zgodnie z ustalonym z Kierownikiem DDOM harmonogramem pracy.
10. Wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....
Data, podpis Oferenta

CENA OFERTOWA



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



L.p.	Rodzaj świadczenia	Cena za 1 godzinę (brutto)
1.	Świadczenia lekarskie – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego udzielane w Dziennym Domu Opieki Medycznej (DDOM) przy ul. Mehoffera 72/74 w Warszawie, należącym do SCOL Sp. o.o.	

- W cenie są zawarte wszystkie koszty, jakie ponosi Przyjmujący zamówienie przy realizacji przedmiotu zamówienia.
- Cena jest stała w okresie związania umową.
- Podana wyżej cena jest ceną w złotych, ostateczną i uwzględnia wymagania Zamawiającego, odnoszące się do przedmiotu zamówienia.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku lekarskim
2. Prawo wykonywania zawodu
3. Dowód ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej - Polisa OC
4. W przypadku prowadzenia działalności gospodarczej - Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej – *jeśli dotyczy*
5. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – aktualny na dzień składania oferty druk wpisu – *jeśli dotyczy*
6. Pełnomocnictwo – wyłącznie w przypadku złożenie oferty i reprezentacji Przyjmującego zamówienie przez pełnomocnika – *jeśli dotyczy*

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)

