

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

w Stołecznym Centrum Opiekuńczo-Lecznicznym Sp. z o.o.

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

Dyżurów fizjoterapeutycznych (rehabilitacyjnych) wykonywanych przez:

/dotyczy osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń/

Imię i nazwisko:

Adres

zamieszkania:

e-mail:

Tel.:

Nr pesel :

Nr prawa wykonywania zawodu :

Nr konta bankowego do umowy:

lub

/dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą/

1. Nazwa Przyjmującego zamówienie.....
.....
2. Adres siedziby
.....
3. Numer wpisu do właściwego rejestru
4. NIP
5. REGON
6. Dane tele-adresowe:
Telefon stacjonarny.....
Telefon komórkowy.....
e-mail
7. Nr konta bankowego Przyjmującego zamówienie, na które należy dokonywać płatności:
.....

Osoba uprawniana do podpisywania i złożenia oferty oraz podejmowania czynności związanych z prowadzonym postępowaniem konkursowym w imieniu Przyjmującego zamówienie:.....

Osoba uprawniana do podpisywania umów w imieniu Przyjmującego zamówienia:

(imię i nazwisko, pełniona funkcja)

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie *pełnienia dyżurów fizjoterapeutycznych (rehabilitacyjnych), udzielanych dla pacjentów: Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego im. Sue Ryder przy ul. Mehoffera 72/74 w Warszawie* wchodzącego w skład Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Mehoffera 72/74 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.
Posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje zawodowe fizjoterapeuty, niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy oraz, że podda się kontroli NFZ w ramach świadczeń objętych przedmiotową umową.
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jako podwykonawca świadczeń dla SCOL 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 składania ofert.
5. Oferowane świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami 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. Powierzonych świadczeń objętych umową udzielać będzie w okresie wskazanym w ogłoszeniu po przeprowadzeniu postępowania konkursowego.
8. Zobowiązuje się do realizacji świadczeń zgodnie z ustaloną liczbą godzin – do **160 godzin** miesięcznie, łącznie w umowie do **1920 godzin** oraz zgodnie z ustalonym przez Udzielającego zamówienia harmonogramem pracy.
9. Wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

CENA OFERTOWA

L. p.	Rodzaj świadczenia	Cena za 1 godzinę (brutto)
1.	ZOL przy ul. Mehoffera 72/74 Pełnienie dyżurów fizjoterapeutycznych (rehabilitacyjnych)	

- Okres realizacji świadczeń w terminie: od dnia 02.01.2024 r. do dnia 31.12.2024 r.
- W cenie są zawarte wszystkie koszty, jakie ponosi Wykonawca przy realizacji przedmiotu zamówienia,
- Ceny są stałe w okresie związania umową.
- Wszystkie podane wyżej ceny są cenami w złotych i uwzględniają wymagania Zamawiającego, odnoszą się do przedmiotu Zamówienia,
- Podana ilość jest liczbą szacunkową w celu określenia wartości umowy, ilość usług w trakcie umowy może ulec zmianie. Udzielający zamówienie 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. Na potwierdzenie kwalifikacji zawodowych: DYPLOM fizjoterapeuty (rehabilitanta), numer prawa wykonywania zawodu potwierdzony ZAŚWIADCZENIEM lub LEGITYMACJĄ,
2. Kopia polisy OC ,
3. W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą - WYDRUK z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),
4. Poświadczony wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą/ KRS * (jeśli dotyczy)
5. Pełnomocnictwo – (jeśli dotyczy) - wyłącznie w przypadku 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)

* DOTYCZY PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ.

