

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 udzielanych przez

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przedstawienia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe – DYPLOM ukończenia studiów na kierunku lekarskim oraz prawo wykonywania zawodu.

/dotyczy osób fizycznych/

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. Osoba do kontaktu:

Telefon stacjonarny:

Telefon komórkowy:

e-mail

7. Nr konta bankowego Przyjmującego zamówienie, na które należy dokonywać płatności:

.....

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-Lecznym im. Sue Ryder przy ul. Mehoffera 72/74 wchodzącym w skład SCOL Sp. z o.o. 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.
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.
8. Powierzonych świadczeń objętych umową udzielać będzie w okresie wskazanym w ogłoszeniu **od dn. 01.12.2023 r. do dn. 31.12.2024 r.**
9. Zobowiązuje się do realizacji świadczeń zgodnie z ustaloną liczbą 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 PLN (brutto)
1.	Świadczenia lekarskie – udzielane w ZOL przy ul. Mehoffera 72/74 w Warszawie należącym do SCOL Sp. o.o.	

Świadczenia lekarskie będą według zapisów zawartych we Wzorze umowy.

Ilość godzin w konkursie: świadczenia lekarskie – do 100 godzin miesięcznie; maksymalnie do 1300 godzin w okresie obowiązywania umowy oraz 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 Udzielającego zamówienie.
- 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 ilości godzin.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Na potwierdzenie kwalifikacji zawodowych: dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku lekarskim
2. Prawo wykonywania zawodu lekarza
3. Kopia polisy OC
4. W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą - WYDRUK z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG)
5. Poświadczony wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą/ KRS (jeśli dotyczy)
6. 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)