

FORMULARZ OFERTOWY

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w dziedzinie: -
KARDIOLOGII

NAZWISKO I IMIĘ (NAZWA) OFERENTA:

ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI:

ADRES ZAMIESZKANIA/SIEDZIBY (LUB DO KORESPONDENCJI)

NIP.....

REGON.....

TELEFON KONTAKTOWY.....

Przystępując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne w dziedzinie kardiologii, zakresach:

1. kardiologia – hospitalizacja,
2. kardiologia – hospitalizacja E10,E11,E12G,E15
3. kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał)
4. kardiologia w ramach sieci kardiologicznej
5. świadczenia w zakresie kardiologii (ambulatorium)
6. świadczenia w zakresie kardiologii – świadczenia pierwszorazowe (ambulatorium)

oferuję realizację przedmiotu postępowania konkursowego zgodnie z opisem zawartym w szczegółowych warunkach konkursu ofert za cenę skalkulowaną w następujący sposób:

l.p.	Rodzaj świadczenia	% wartości procedury rozliczanej z Narodowym Funduszem Zdrowia
1.	Wynagrodzenie podstawowe za przeprowadzenie jednej procedury medycznej wyrażone jako % wartości jednej procedury medycznej rozliczanej przez Udzielającego zamówienie z Narodowym Funduszem Zdrowia na podstawie podpisanej umowy - %Wyn _{pod}	
2.	Wynagrodzenie dodatkowe za przeprowadzenie jednej procedury medycznej wyrażone jako % wartości jednej procedury medycznej rozliczanej przez Udzielającego zamówienie z Narodowym Funduszem Zdrowia na podstawie podpisanej umowy - %Wyn _{dod}	

Składający ofertę oświadcza, że:

1. Zapoznał się i akceptuje treść ogłoszenia oraz warunki konkursu i projekt umowy.
2. Jest gotowy wykonywać umowę na udzielanie świadczeń w okresie **60** miesięcy od dnia jej zawarcia

Ponadto składający ofertę oświadcza, że:

1. Załączniki do oferty stanowią wszystkie kompletne dokumenty potwierdzające spełnienie wymogów określonych w rozdziale III warunków konkursu ofert.
2. Posiada zawartą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją zamówienia zgodnie z przepisem art. 25 ustawy o działalności leczniczej/ zobowiązuje się do zawarcia umowy od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją zamówienia zgodnie z przepisem art. 25 ustawy o działalności leczniczej oraz dostarczenie kopii polisy Udzielającemu zamówienia przed przystąpieniem do realizacji zamówienia.

DODATKOWE UMIEJĘTNOŚCI I KWALIFIKACJE :

.....

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- a) Kopię dyplomu/uprawnień do wykonywania zawodu dla personelu medycznego angażowanego w realizację zamówienia,
- b) Kopię dyplomu poświadczającego ukończoną specjalizację (dotyczy lekarzy specjalistów) lub inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje, niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia dla personelu medycznego angażowanego w realizację zamówienia,
- c) Kopia poświadczeń o ważności przeglądów technicznych (oświadczenie wykonującego przegląd, raport serwisu, paszport techniczny) sprzętu i aparatury medycznej,
- d) Odpis informacji z CEIDG/odpis z Krajowego Rejestru Sądowego,



- e) Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- f) Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON,
- g) Decyzja o nadaniu NIP,
- h) Kopia polisy odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy zgodnie z przepisem art. 25 ustawy o działalności leczniczej/ oświadczenie o przedłożeniu polisy przed przystąpieniem do realizacji zamówienia,
- i) Oświadczenie o prawie do korzystania z pomieszczeń Pracowni Radiologii Zabiegowej (w tym sprzętu) znajdującej się na terenie Szpitala.

.....
Podpis i pieczęć składającego ofertę