

FORMULARZ OFERT

KONKURS OFERT NA ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RAMACH PODWYKONAWSTWA W ZAKRESIE SPORZĄDZANIA OPISÓW BADAŃ PACJENTÓW W SYSTEMIE TELERADIOLOGII W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO

1. DANE OFERENTA

Nazwa oferenta

.....
.....

Osoba upoważniona do reprezentowania Oferenta

.....
.....

Adres siedziby Oferenta

.....
.....

Wpis i oznaczenie właściwego Rejestru

.....
.....

Numer KRS

.....

Numer NIP

.....

Numer REGON

.....

Numer tel./fax/e-mail

.....
.....

Podane powyżej dane są środkami komunikacji, które będą przysługiwać Udzielającemu zamówienie do kontaktu z Oferentem w trakcie prowadzonego postępowania konkursowego. Wszelkie informacje, oświadczenia lub wezwania kierowane za pośrednictwem przywołanych wyżej środków komunikacji uznają się za skutecznie złożone przez Udzielającego zamówienia.

.....

Data i podpis oferenta

2. Przedmiot oferty

Złożona oferta jest ofertą na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania opisów badań dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego

.....

.....
Data i podpis oferenta

3. Doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w systemie teleradiologii:

Oświadczam, że podlegające ocenie okresy udzielania świadczeń zdrowotnych w systemie teleradiologii wynoszą:

.....

.....

Data i podpis oferenta

4. Okres udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.

Oferuję zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach podwykonawstwa w zakresie sporządzania opisów badań pacjentów w systemie teleradiologii w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego od **1stycznia 2024r. do 31grudnia 2024r.**

.....

Data i podpis oferenta

6. Oświadczenia:

Oświadczam, że oferent zapoznał się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, Wzorem umowy (stanowiącym załącznik nr 4 do SWKO) i akceptuję zawarte w nich postanowienia, nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

.....

Data i podpis oferenta

Oświadczam, że oferent posiada uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełniam określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki ich realizacji,

.....

Data i podpis oferenta

Oświadczam, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami wynikającymi z treści powszechnie obowiązujących przepisów prawnych.

.....

Data i podpis oferenta

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego zamówienia złożonej przez oferenta oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 4 do SWKO oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

.....
Data i podpis oferenta

Oświadczam, że świadczenia stanowiące przedmiot niniejszego Konkursu będą wykonywane przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Przyjmującego zamówienie.

.....
Data i podpis oferenta

Oferent zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy, której wzór stanowi załącznik nr 4 do SWKO.

.....
Data i podpis oferenta

Oferent oświadcza, że nie jest pozbawiona/y, ani zawieszona/y w prawach do wykonywania działalności leczniczej, na mocy prawomocnego wyroku karnego sądu powszechnego, a w chwili składania niniejszej oferty nie toczy się przeciwko niemu postępowanie przygotowawcze, które mogłoby prowadzić do pozbawienia go prawa do wykonywania działalności leczniczej.

.....
Data i podpis oferenta

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. Formularz cenowy (SPECYFIKACJA ŚWIADCZEŃ OCZEKIWANYCH OD PODWYKONAWCÓW DO WSZCZĘCIA POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W TRYBIE KONKURSU OFERT W SPZOZ MSWiA IM. PROF. L. BIERKOWSKIEGO W POZNANIU) – załącznik nr 2,
2. Oświadczenie – załącznik nr 3,
3. Wpis do odpowiedniego Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
4. Aktualny odpis KRS (Krajowego Rejestru Sądowego) lub aktualny wpis do CEIDG (Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej),
5. Upoważnienie/pełnomocnictwo do złożenia i podpisania oferty/ofert,
6. Zaświadczenie o nadaniu numeru REGON,
7. Zaświadczenie o nadaniu numeru NIP,
8. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie w udzielaniu świadczeń objętych przedmiotem konkursu ofert,
9. Zaparafowany przez uprawnionego wzór umowy – załącznik nr 4,
10. Oświadczenie o tajemnicy przedsiębiorstwa – załącznik nr 5,
11. Polisa ubezpieczeniowa OC.