

FORMULARZ OFERTOWY

W KONKURSIE OFERT NA UDZIELANIE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ NIEFINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA KONSULTACJI Z ZAKRESU OKULISTYKI W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO.

1. Dane oferenta

Imię i nazwisko.....

Telefon: e-mail:

Adres :

NIP REGON.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
.....

Nazwa firmy.....

Specjalizacja (nazwa i stopień)

Udzielający zamówienia jest uprawniony do kontaktu Oferentem za pośrednictwem wskazanych powyżej środków komunikacji w trakcie konkursu ofert. Wszelkie informacje, oświadczenia lub wezwania kierowane za pośrednictwem określonych wyżej środków komunikacji uznają się za skutecznie złożone przez Udzielającego zamówienia.

.....

Data i podpis oferenta

2. Przedmiot oferty

Składam ofertą na udzielanie przez lekarza specjalistę niefinansowanych ze środków publicznych Narodowego Funduszu Zdrowia konsultacji z zakresu okulistyki (z wykonywaniem badań pola widzenia i badań dna oka),

.....

Data i podpis

3. Oferta

Cena jaką oferuję za udzielanie świadczeń zdrowotnych, które stanowią przedmiot Konkursu ofert:

- cena brutto za konsultację - orzeczenie o stanie zdrowia zł (słownie złotych:),
- cena brutto za konsultację - poradę lekarską na rzecz osób skierowanych przez International SOS Assistance UK Ltd. zł (słownie złotych:

Gul

.....);

- cena brutto za badanie pola widzenia zł (słownie złotych:.....)

- cena brutto za badanie dna oka zł (słownie złotych:).

4. Okres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących przedmiot konkursu:

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie konsultacji w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego od 1 września 2025 r. do 31 lipca 2026 r.

.....

Data i podpis

5. Oświadczenia:

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych (stanowiącym załącznik nr 1 do SWKO) i akceptuję zawarte w nich postanowienia, nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że posiadam 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

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

.....

Data i podpis

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego zamówienia złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 1 do SWKO oraz do przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że świadczenia wykonywane będą w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Udzielającego zamówienia.



.....
Data i podpis

Zobowiązuję się do posiadania ważnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy, której wzór stanowi załącznik nr 1 do SWKO.

.....
Data i podpis

Oświadczam, iż nie byłam/am karana/y za przestępstwo na szkodę małoletnich ani nie toczy się wobec mnie żadne postępowanie w tym zakresie.

.....
Data i podpis

Oświadczam, że nie jestem pozbawiona/y, ani zawieszona/y w prawach do wykonywania zawodu na mocy prawomocnego wyroku karnego sądu powszechnego ani zawodowego sądu lekarskiego, a w chwili składania niniejszej oferty nie toczy się przeciwko mnie postępowanie przygotowawcze, które mogłoby prowadzić do pozbawienia mnie prawa wykonywania zawodu.

.....
Data i podpis

Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony danych osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w podanym wyżej zakresie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA im. prof. Ludwika Bierkowskiego w Poznaniu wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do przeprowadzenia Konkursu ofert. Oświadczam, że jestem świadoma/y przysługujących mi praw związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych jest równoznaczne z wycofaniem oferty z Konkursu.

.....
Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. Dyplom lekarza, dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji.
2. Wpis do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Okręgowa Rada Lekarska),
3. Wpis do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej (CEIDG),
4. Polisa ubezpieczenia OC,
5. Aktualne zaświadczenie lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń objętych umową,