

FORMULARZ OFERTOWY

W KONKURSIE OFERT NA UDZIELANIE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ NIEFINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA KONSULTACJI Z ZAKRESU ORTOPEDII 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 ofertę na udzielanie przez lekarza specjalistę niefinansowanych ze środków publicznych Narodowego Funduszu Zdrowia konsultacji z zakresu ortopedii w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego niefinansowanych ze środków publicznych Narodowego Funduszu Zdrowia.

.....

Data i podpis

3. Oferta

cena jaką oferuję za udzielanie świadczeń zdrowotnych, które stanowią przedmiot Konkursu ofert to (dotyczy konsultacji z zakresu ortopedii :

- 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:);

4. Kwalifikacje i dostępność:

	Zaznaczyć właściwe
kwalifikacje	1. tytuł profesora lub habilitacja w dziedzinie medycyny - 10 pkt 2. tytuł doktora medycyny - 5 pkt
	Zaznaczyć właściwe
dostępność udzielania świadczeń	1. co najmniej dwa dni w tygodniu w wymiarze co najmniej 8 godz. tygodniowo - 10 pkt 2. jeden dzień w tygodniu w wymiarze co najmniej 4 godz. tygodniowo - 5 pkt

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 2026 r. do 31 lipca 2028 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, że nie byłem karany w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

.....

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 podany 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 oraz dokumenty potwierdzające podlegające ocenie kwalifikacje oferenta.
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,
6. Zaświadczenie z KRK