

FORMULARZ OFERTOWY

ZAWARCIE UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RODZAJU REHABILITACJA LECZNICZA W ZAKRESIE REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W OŚRODKU/ODDZIALE DZIENNYM ORAZ REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W OŚRODKU/ODDZIALE DZIENNYM DLA OSÓB O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO

1. Dane oferenta

Imię i nazwisko

telefon..... e-mail.....

adres:

ulica.....nr.....

NIP REGON.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr wpisu do Rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą.....

Nazwa firmy.....

Specjalizacja (nazwa i stopień)

.....

.....

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

2. Przedmiot oferty

Złożona przeze mnie oferta jest ofertą na zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju Rehabilitacja lecznicza w zakresie Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym oraz Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego

.....

Data i podpis

3. Oferta

1) Cena

- a) oferuję stawkę z tytułu udzielanych świadczeń zdrowotnych w wysokości zł za 1 pkt.;



b) tytuły naukowe, zawodowe i doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych:

	<u>ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE</u>
Tytuł naukowy w zakresie nauk medycznych w	1. tytuł doktora nauk medycznych - 5 pkt , 2. tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych - 10 pkt , 3. tytuł profesora nauk medycznych - 15 pkt .
	<u>ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE</u>
Doświadczenie w przedmiocie udzielania świadczeń zdrowotnych	1. do 5 lat doświadczenia - 5 pkt , 2. powyżej 5 - do 10 lat doświadczenia - 10 pkt , 3. powyżej 10 lat doświadczenia - 15 pkt ,

5. Okres udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu:

Oferuję zawarcie umowy na zawarcie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju **Rehabilitacja lecznicza w zakresie Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym oraz Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności** w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego **od 1 października 2026 r. do 30 lipca 2028 r.**

.....

Data i podpis

6. Oświadczenia:

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na zawarcie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju **Rehabilitacja lecznicza w zakresie Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym oraz Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności** (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 warunki ich realizacji określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

.....

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 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 zdrowotnych 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 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

Oświadczam, że nie byłam/em karana/y 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

Ja, niżej podpisana/ny 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. Formularz cenowy.
2. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu, dokument potwierdzający tytuł naukowy, dyplom lekarza, dyplom specjalizacji, dokumenty potwierdzające doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
3. Wpis do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Okręgowa Rada Lekarska),
4. Wpis do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej (CEIDG),
5. Polisa ubezpieczenia OC,
6. Aktualne zaświadczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń stanowiących przedmiot Umowy.
7. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego – opatrzone datą nie wcześniejszą niż 6 miesięcy przed dniem zgłoszenia do Konkursu ofert.

Gul