

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii, pl. Hirszfelda 12, składam niniejszą ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badań diagnostycznych i zabiegów endoskopowych oraz kierowanie Zakładem Endoskopii

DANE O OFERENCIE:

.....
.....
.....
(nazwa oferenta – zgodnie z rejestrem, **dokładny adres siedziby podmiotu leczniczego**)

Nr NIP Nr REGON

Nr tel. e-maili

Nr Prawa Wykonywania Zawodu

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Numer zaświadczenia potwierdzającego wpis do rejestru indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego

.....

1. Kwalifikacje zawodowe oferenta lub personelu, przy udziale którego będą udzielane świadczenia zdrowotne:
2. Posiadam letnie doświadczenie zawodowe w udzielaniu świadczeń objętych konkursem.
3. Posiadamletnie doświadczenie w kierowaniu i organizacji pracy w Pracowni Endoskopii.
4. Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych:
.....
5. Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu godzin udzielania świadczeń zdrowotnych, ustalonych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie (nie dotyczy dyżurów pod telefonem).
6. Proponowana kwota brutto należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych:

Lp.	Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Cena PLN BRUTTO /1 godzina	Preferowane miejsce pracy /lokalizacja (jeżeli dotyczy)*
1.	Praca w podstawowej ordynacji czasu pracy w godz.:7:30-15:05 (pracownie endoskopowe Zakładu Endoskopii DCOPiH w ramach podstawowej ordynacji czasu pracy), lecznictwo stacjonarne i ambulatoryjne, uczestnictwo w projekcie		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław

2.	Zarządzanie (ryczałt)		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław
----	-----------------------	--	-------------------------------

Lp.	Rodzaj świadczenia zdrowotnego Procedury endoskopowe w zakresie przewodu pokarmowego – Udzielający Zamówienia dopuszcza składanie ofert częściowych	Cena PLN BRUTTO za każde z poniższych badań /zabiegów	Preferowane miejsce pracy /lokalizacja (jeżeli dotyczy)*
1.	Gastroskopia		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław
2.	Gastroskopia z testem ureazowym		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław
3.	Gastroskopia z biopsją (z wycinkiem do badania hist-pat.)		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław
4.	Gastroskopia z biopsją i z testem ureazowym		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław
5.	Gastroskopia z tamowaniem krwawienia do przewodu pokarmowego		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław
6.	Kolonoskopia		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław
7.	Kolonoskopia z biopsją(z wycinkiem do badania hist-pat.)		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław
8.	Kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy poniżej 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław
9.	Kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy powyżej 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław
10.	Rektoskopia		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław
11.	Rektoskopia z pobraniem wycinków do badań hist-pat		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław

12.	Sigmoidoskopia		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław
13.	Sigmoidoskopia z pobraniem wycinków do badań hist-pat		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław
14.	Inne.....		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław
15.	Badania endoskopowe w ramach programu badań przesiewowych w profilaktyce raka przewodu pokarmowego (za każdego Pacjenta)		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław

* w kolumnie lokalizacja zaznaczamy X przy preferowanym miejscu udzielania świadczeń (jeżeli dotyczy)

7. Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

.....

(nazwa banku i nr konta)

8. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
9. Oświadczam, że zapoznałem się z istotnymi postanowieniami, które zostaną wprowadzone do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, nie wnoszę do nich zastrzeżeń i wyrażam zgodę na zawarcie umowy zgodnie z tymi warunkami w przypadku wybrania mojej oferty.
10. Oświadczam, że posiadam odpowiednie (zgodnie z warunkami Konkursu) kwalifikacje i uprawnienia lub posiadam personel z odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami do udzielania świadczeń objętych konkursem ofert, wynikającymi z obowiązujących przepisów prawa.
11. **Oświadczam, że nie figuruję w Rejestrze KRK 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 (t.j.: Dz. U. z 2023 r., poz. 1939 z późn. zm.) lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.**
12. Do niniejszej oferty załączam wymagane w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO) dokumenty i oświadczenia jako załączniki:
 - a. kopię dokumentu wydanego przez właściwy organ stwierdzający wpis do właściwego rejestru (KRS lub zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej CEIDG – jeśli dotyczy),
 - b. kopię umowy spółki cywilnej lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienia o zasadach reprezentacji spółki – w przypadku podmiotu leczniczego, dla którego organem założycielskim jest spółka cywilna – jeśli dotyczy,
 - c. odpis prawa wykonywania zawodu,
 - d. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich,
 - e. orzeczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza medycyny pracy + zaświadczenie orzekające o braku przeciwwskazań do pracy w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące (jeśli dotyczy),
 - f. wydruk z księgi rejestrowej,
 - g. kopię polisy ubezpieczeniowej OC,

- h. informację z KRK 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 (t.j.: Dz. U. z 2023 r., poz. 1939 z późn. zm.) lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego,
- i. kopie dokumentów stwierdzających posiadanie wymaganych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:
- odpis dyplomu ukończenia studiów medycznych,
 - odpis dyplomu specjalizacji II stopnia w wymaganej dziedzinie medycyny lub dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty w wymaganej dziedzinie medycyny (jeśli dotyczy),
 - odpis dyplomu naukowego (jeśli dotyczy),
 - **certyfikaty, zaświadczenia, oświadczenia, dyplomy na potwierdzenie kwalifikacji określonych w SWKO (jeśli dotyczy),**
- j. pełnomocnictwo w przypadku, gdy oferta sporządzona jest przez pełnomocnika.

Kopie dokumentów, o których mowa powyżej, muszą zostać poświadczone „Za zgodność z oryginałem” przez oferenta lub notarialnie. W momencie podpisywania umowy, jeśli nie będą poświadczone notarialnie, dokumenty te winny być przedstawione Udzielającemu Zamówienia do wglądu w oryginałach.

DATA PODPIS