

FORMULARZ OFERTOWY

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w rodzaju **AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA**
w zakresie **GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO**

Pełna nazwa oferenta:

.....

Adres oferenta: (województwo, kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

.....

Numer telefonu.....

Adres e-mail

Numer NIP.....

Numer REGON.....

Numer właściwego rejestru

Numer KRS.....

Niniejszym zgłaszamy gotowość przystąpienia do konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

1. Niniejszym oświadczam/y, że:

- 1) zapoznałem/liśmy się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert w przedmiocie konkursu i nie wnoszę/simy do nich zastrzeżeń oraz uzyskałem/liśmy wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty,
- 2) spełniam/y niezbędne warunki w zakresie kwalifikacji personelu,
- 3) czuję/emy się związani niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO,
- 4) zapoznałem/liśmy się z warunkami umowy określonymi w załączniku do SWKO i akceptujemy je bez zastrzeżeń oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,
- 5) zobowiązuję/emy się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych,
- 6) że nie zostałem/lisimy skazany/i za przestępstwo umyślne ani nie toczy się w stosunku do mnie/nas postępowanie karne za przestępstwo umyślne.

Personel udzielający świadczeń będących przedmiotem konkursu ofert: „*Konkurs ofert – oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO na rzecz pacjentów „Kleszczowskiej Przychodni Salus” Sp. z o.o. w Kleszczowie*”,

2.

l.p.	Imię, nazwisko	Numer prawa wykonywania zawodu

3. Proponuję/emy następujące ceny na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu ofert, obowiązujące w okresie obowiązywania umowy.

Kryterium cenowe

l.p.	Rodzaj świadczenia (jednostka rozliczeniowa)	Cena za każdą udzieloną poradę /brutto/PLN	Oferowana średniomiesięczna liczba porad	Wartość ogółem (cena*liczba)
1	porada lekarska, w tym z diagnostyką, USG			
2	porada lekarska recepturowa			
3	porada lekarska w ramach programów profilaktycznych			
			Łącznie brutto:	

Kryterium niecenowe

l.p.	Kryterium	TAK*	NIE*	UWAGI
1	posiadanie tytułu naukowego			
2	posiadanie doświadczenia zawodowego w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w danym zakresie powyżej 10 lat			
3	udzielanie świadczeń będących przedmiotem konkursu ofert w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia przez okres co najmniej 5 lat			
4	posiadanie certyfikatu dotyczącego prawa wykonywania badań USG w zakresie ginekologii i położnictwa wydane przez PTG Sekcja ultrasonografii			

*zaznaczyć X właściwą odpowiedź

4. Do formularza ofertowego dołączam oryginały/kserokopie dokumentów:

- a) aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, obejmujące przypadki przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zakażeń wirusem HIV i WZW),
- b) aktualne prawo wykonywania zawodu,
- c) dokumenty potwierdzające posiadanie stosownych do zakresu świadczeń zdrowotnych kwalifikacji zawodowych tj. specjalizacji z wybranego zakresu medycyny, tytuł naukowy oraz certyfikaty potwierdzające nabycie umiejętności zawodowych, w tym certyfikat dotyczący prawa wykonywania badań USG w zakresie ginekologii i położnictwa wydany przez PTG Sekcja ultrasonografii,
- d) oświadczenie o posiadanym doświadczeniu zawodowym w dziedzinie będącej przedmiotem konkursu (lata pracy),
- e) oświadczenie o realizowaniu świadczeń będących przedmiotem konkursu ofert w ramach umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia (lata realizacji umowy).

Wzór oświadczenia oferenta w zakresie punktów d) i e) stanowi załącznik do Formularza.

.....
Data i Podpis Oferenta