

.....
(miejsowość, data)

.....
(nazwa i adres Zamawiającego)

O F E R T A
na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz
Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego
im. prof. E. Brzezickiego w Żurawicy

Nazwa podmiotu.....

Adres podmiotu.....

Rodzaj podmiotu

NIP..... REGON.....

KRS lub nr ewidencja działalności gospodarczej

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Osoba uprawniona do złożenia i podpisania oferty w imieniu podmiotu

.....
Dane kontaktowe Oferenta:

Adres korespondencyjny.....

.....

Telefon/ fax Adres e-mail

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Zapoznał się z warunkami SWKO i nie wnosi uwag, co do jej treści;
2. Jako Przyjmujący Zamówienie przyjmuję termin płatności wskazany w projekcie umowy licząc od daty dostarczenia rachunku do siedziby Udzielającego Zamówienie za wykonane świadczenia zdrowotne;
3. Jako Przyjmujący Zamówienie posiada doświadczenie i zdolność do realizacji przedmiotu zamówienia z należytą starannością, z poszanowaniem praw pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, aktualną wiedzą medyczną i zasadami etyki zawodowej, a w szczególności zgodnie z Ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz.U z 2015,poz. 581 z późn. zm.) oraz Umowami z Narodowym Funduszem Zdrowia i jego wymaganiami w zakresie będącym przedmiotem konkursu,
4. Jako Przyjmujący Zamówienie, wyraża zgodę na zawarcie umowy w zakresie:
„Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychiatrę - w Oddziałach Szpitalnych.”
5. Jako Przyjmujący Zamówienie, w przypadku nie złożenia w ofercie umowy ubezpieczenia OC udokumentuje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych,
6. Akceptuje zawarty w SWKO projekt umowy i zobowiązuję się w przypadku wyboru swojej oferty do zawarcia umowy na warunkach w niej określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienie;
7. Podda się kontroli przeprowadzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z warunkami umowy na świadczenie usług zdrowotnych zawartej pomiędzy Wojewódzkim Podkarpackim Szpitalem Psychiatrycznym im. prof. E. Brzezickiego w Żurawicy, a POW NFZ;
8. Znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

DEKLARACJA CENOWA

Składam ofertę cenową na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

Zakres Nr 1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychiatrę - w Oddziałach Szpitalnych.

a)zł/godz. brutto w dni robocze tj. od 7:25 – 15:00

wg ustalonego harmonogramu tj.:

- poniedziałek 7:25-15:00
- wtorek 7:25-15:00
- środa 7:25-15:00
- czwartek 7:25-15:00
- piątek 7:25-15:00

ZAŁĄCZNIKI:

1. Kwalifikacje zawodowe w tym kserokopia prawa wykonywania zawodu.
2. Poświadczona kopia wpisu do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodę.
3. Poświadczona kopia odpisu z KRS/ poświadczona kopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ poświadczony wydruk CEIDG.
4. Poświadczona kserokopia polisy OC lub w przypadku braku w chwili podpisania zobowiązanie do posiadania polisy OC w chwili rozpoczęcia świadczenia usług tj. od dnia 01.01.2018r..
5. Pełnomocnictwo do złożenia i podpisania oferty (w przypadku opisanych w pkt. 6 działu VII SWKO).

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)