

.....  
(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.....

Księga rejestrowa numer .....

Wpis do ewidencji działalności gospodarczej .....

Osoba uprawniona do złożenia i podpisania oferty w imieniu podmiotu

.....  
Dane kontaktowe Oferenta:

Adres korespondencyjny.....

.....

Telefon/ fax ..... Adres e-mail .....

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

## 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 w zakresie pełnienia medycznych dyżurów lekarskich w oddziałach szpitalnych oraz Izbie Przyjęć Szpitala.**
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.
9. Świadczenia objęte zamówieniem udzielać będzie przy pomocy personelu medycznego w liczbie i o kwalifikacjach wskazanych w załączniku do oferty (wzór załącznika - załącznik nr 2 do SWKO).

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

## DEKLARACJA CENOWA

Składam ofertę cenową na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia medycznych dyżurów lekarskich w oddziałach szpitalnych oraz Izbie Przyjęć Szpitala.

W Oddziałach Szpitalnych w max liczbie .....dyżurów przy czym:

- a) .....zł/godz. brutto w dni powszednie (przez specjalistę psychiatrii, z I st. specjalizacji z psychiatrii)
- b) .....zł/godz. brutto w soboty, niedziele i święta i dni wolne od pracy (przez specjalistę psychiatrii, z I st. specjalizacji z psychiatrii)
- c) .....zł/godz. brutto w dni powszednie (przez lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii)
- d) .....zł/godz. brutto w soboty, niedziele i święta i dni wolne od pracy (przez lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii)

W Izbie Przyjęć Szpitala w max liczbie ..... dyżurów przy czym:

- a) .....zł/godz. brutto w dni powszednie (przez specjalistę psychiatrii, z I st. specjalizacji z psychiatrii)
- b) .....zł/godz. brutto w soboty, niedziele i święta i dni wolne od pracy (przez specjalistę psychiatrii, z I st. specjalizacji z psychiatrii)
- c) .....zł/godz. brutto w dni powszednie (przez lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii)
- d) .....zł/godz. brutto w soboty, niedziele i święta i dni wolne od pracy (przez lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii)

### ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczona kopia wpisu do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodę.
2. Poświadczona kopia odpisu z KRS/ poświadczona kopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ poświadczony wydruk CEIDG.
3. Wykaz osób wykonujących zawód medyczny zatrudnionych przy wykonaniu zamówienia i ich kwalifikacje.
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 01.01.2017r..
5. Upoważnienie do złożenia i podpisania oferty (w przypadku opisanych w pkt. 6 działu VII SWKO).
6. Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarzy udzielających świadczeń.

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