

.....
(miejscowość, data)

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 wpis do CEIDG

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Osoba uprawniona do złożenia i podpisania oferty w imieniu podmiotu

.....
Dane kontaktowe Oferenta:

Adres korespondencyjny.....

.....

Telefon/ fax Adres e-mail

Dyrektor Szpitala
mgr inż. Maciej Kamiński

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Zapoznał się z warunkami SWKO i nie wnosi uwag, co do jej treści;
2. 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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Umowami z Narodowym Funduszem Zdrowia i jego wymaganiami w zakresie będącym przedmiotem konkursu;
3. Wyraża zgodę na zawarcie umowy w zakresie:
„Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez specjalistę psychiatrę/psychiatrę dzieci i młodzieży w Przychodni Specjalistycznej- Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży .”
4. W przypadku nie złożenia w ofercie umowy ubezpieczenia OC, udokumentuję najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych,
5. Akceptuje zawarty w SWKO projekt umowy i zobowiązuję się w przypadku wyboru niniejszej oferty do zawarcia umowy na warunkach w niej określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienie;
6. Podda się kontroli przeprowadzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z warunkami umowy na świadczenie usług zdrowotnych zawartych pomiędzy Wojewódzkim Podkarpackim Szpitalem Psychiatrycznym im. prof. E. Brzezickiego w Żurawicy a POW NFZ;
7. Znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia;
8. Wyraża zgodę na udostępnianie i przetwarzanie danych osobowych przez Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny im. prof. E. Brzezickiego w Żurawicy dla potrzeb konkursu oraz czynności niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w umowie, zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – RODO oraz w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

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

Dyrektor Szpitala
mgr inż. Maciej Kamiński

O F E R T A

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

Zakres Nr 1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez specjalistę psychiatrę – w Przychodni Specjalistycznej- Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży.

a)zł/godz. brutto wg ustalonego harmonogramu tj.:

- poniedziałek

- wtorek

- środa

- czwartek

- piątek

ZALĄCZNIKI:

1. Kwalifikacje zawodowe w tym kserokopia prawa wykonywania zawodu.
2. Wydruk wpisu do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodę.
3. Wydruk z KRS/ lub z CEIDG.
4. Kserokopia polisy OC

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

Dyrektor Szpitala
mgr inż. ~~Marek~~ Kamiński