Załącznik nr 1 do SWKO

.....
(miejscowość, data)

O F E R TA
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 …….

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 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:
   „Realizacja świadczeń zdrowotnych przez psychiatrę – Poradnia Zdrowia Psychicznego."
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. Wyrażam zgodę na udostępnianie i przetwarzanie moich 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*)

OFERTA

Składam ofertę cenową na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychiatrę – Poradnia Zdrowia Psychicznego.

- Wtorek …….- ……
- Czwartek ……- ……

Świadczenia wykonywane wg stawki ..... zł/godz. brutto

ZAŁĄCZNIKI:

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
5. Oświadczenie o braku przesłanek wykluczenia z postępowania w związku z przeciwdziałaniem wspierania agresji na Ukrainę
6. Upoważnienie do złożenia i podpisania oferty (w przypadku opisanych w pkt. 5 działu VII SWKO).

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