

O F E R T A

w konkursie na świadczenie usług zdrowotnych w latach 2021-2024 w SP ZOZ w Sejnach.

I. Dane oferenta:

nazwa

siedziba

adres, kontakt

NIP REGON Nr księgi rejestrowej:

II. Zamawiający:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach, 16-500 Sejny, ul. Dr Edwarda Rittlera 2.

III. Zgłaszam chęć podjęcia współpracy w ramach umowy cywilnoprawnej, w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sejnach **jako podmiot**, uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Sejnach.

IV. W oparciu o ogłoszenie Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sejnach, dot. konkursu na świadczenie usług zdrowotnych w SP ZOZ w Sejnach oferuję(my) udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie od **01 lipca 2021 r.** do **30 czerwca 2024 r.**

V. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert w zakresie świadczeniu usług zdrowotnych z zakresu *diagnostyki obrazowej: wykonywania opisów badań tomografii komputerowej i opisów badań radiologicznych w systemie teleradiologicznym.*

VI. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeniu usług zdrowotnych z zakresu diagnostyki obrazowej proponuję/emy:

Lp.	Nazwa opisu badań	Szacunkowa ilość opisów badań na okres 3 lat	Cena jednostkowa netto	Wartość netto	Wartość brutto
1	badania TK planowane	4000			
2	badania TK – nagłe tzw. „na cito”	3500			
3	badania RTG planowane	2200			
4	badania RTG nagłe tzw. „na cito	1000			

Opis kategorii badań:

- **planowe** – w terminie 24 godzin od otrzymania badania (zgodnego ze standardem akceptowanym przez Przyjmującego zamówienie) w sieci RIS/PACS.

- **na cito** – w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia – konieczność powiadomienia telefonicznego o badaniu „na cito” przez jego wykonaniem. Opis badania w czasie do 3 godzin po otrzymaniu kompletnego badania (zgodnego ze standardem akceptowanym przez Przyjmującego zamówienie) w sieci RIS/PACS.

Udzielający zamówienia zastrzega przesłanie do opisu mniejszej ilości badań niż podane szacunkowo w formularzu ofertowym

VII. określenie wyposażenia w sprzęt diagnostyczny - opisowy :

.....

VIII. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określone w konkursie świadczenia zdrowotne:

Lp.	Nazwisko i imię	Pesel	Nr prawa wykonywania	Specjalizacja
-----	-----------------	-------	----------------------	---------------

			zawodu	

.....
(podpis osoby uprawnionej, data)

OŚWIADCZENIA:

- Oświadczam(my), że zapoznałem (liśmy) się z treścią ogłoszenia na wstępie powołanego, szczegółowymi warunkami przeprowadzania konkursu oraz wzorem umowy obowiązującymi w przedmiotowym postępowaniu i przyjmuję(my) je bez zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy informacje konieczne do przygotowania oferty.
- Oświadczam(my), że uważam(my) się związany(i) niniejszą ofertą na czas określony w szczegółowych warunkach przeprowadzania konkursu w przedmiocie, którego moja (nasza) oferta dotyczy, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- Zobowiązuję(my) się do wykonywania usług z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
- Oświadczam(y), że nie toczą się przeciwko mnie (nam) postępowania dyscyplinarne ani karne z tytułu nienależytego wykonywania zawodu technika sterylizacji i nie byłem (nie byliśmy) karany(i) dyscyplinarnie ani karne z tego tytułu.
- Oświadczam(y), że pozostaję(emy) w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia.
- Oświadczam(y), iż wyrażam(y) zgodę na to, aby zaoferowana cena podlegała negocjacom przed zawarciem umowy.
- Zobowiązuję się do zawarcia umowy cywilnoprawnej z Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sejnach na świadczenie usług zdrowotnych w SP ZOZ w Sejnach.
- Oświadczam, że do chwili zawarcia umowy z SP ZOZ w Sejnach zawrę umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, zapewnię ciągłość polisy w trakcie obowiązywania umowy oraz zobowiązuję się niezwłocznie dostarczać kopię nowej polisy *).
- Podaję(my) numer konta bankowego:.....

.....
(podpis osoby uprawnionej, data)

Załączniki:

- Kopie aktualnych dokumentów potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia zawodowe osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych w postaci:
 - kserokopia dyplomu uprawniającego do wykonywania zawodu,
 - kserokopie dokumentów potwierdzających posiadanie specjalizacji,
 - kserokopie dokumentów potwierdzających posiadanie uprawnienia.
- Aktualny wypis z Rejestru Sądowego lub aktualny wyciąg z CEIDG (jeśli dotyczy),
- Wyciąg z rejestru podmiotów wykonujących dział. Leczniczą (jeśli dotyczy),
- Kopię zaświadczenia potwierdzającego Numer Identyfikacji Podatkowej NIP(jeśli dotyczy),
- Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej wymagane zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa lub oświadczenie oferenta, że zostanie ono dostarczone przed podpisaniem umowy,
- Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
- Zgoda na przetwarzanie danych osobowych,
- Kopie posiadanych referencji minimum od 2 podmiotów leczniczych z którymi współpracuje oferent w ramach teleradiologii,

*) dotyczy osób, które dotychczas nie dopełniły tego obowiązku

**) zakreślić właściwe