

.....
pieczęć Oferenta

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTY

Konkurs ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne.

1. Dane personalne Oferenta

Postępowanie na świadczenia zdrowotne z zakresu świadczenia ogólnostomatologiczne w Poradni w Stomatologicznej Chrzanów ul. Broniewskiego 16c

- 1). Oferent
- 2). Adres Oferenta
- 3). Nr telefonu
- 4). Forma organizacyjna podmiotu leczniczego
- 5). Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej
- 6). Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej
- 7). Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
- 8). REGON
- 9). NIP
- 10). Nazwa banku oraz nr rachunku
- 11). Nr polisy ubezpieczeniowej
- 12). Okres obowiązywania polisy
- 13). Kontakt e-mail.....

2. Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii w Poradni Stomatologicznej w Chrzanowie ul. Broniewskiego 16c w okresie od 02.01.2015 do 31.12.2015 roku w zakresie wszystkich niżej wymienionych produktów i deklaruje gotowość do świadczenia usług na poziomie jak niżej :

1. Liczba punktów ogólnostomatologicznych, bez punktów protetycznych w podziale na miesiące i kwartały.

2015							Razem kwartał liczba punktów
I kwartał	Styczeń		Luty		Marzec		
II kwartał	Kwiecień		Maj		Czerwiec		
III kwartał	Lipiec		sierpień		wrzesień		
IV kwartał	Październik		Listopad		Grudzien		

Razem w roku 2015 :punktów

Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości :zł

brutto za punkt

2.Liczba punktów ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia w podziale na miesiące i kwartały

2015							Razem kwartał liczba punktów
I kwartał	Styczeń		Luty		Marzec		
II kwartał	Kwiecień		Maj		Czerwiec		
III kwartał	Lipiec		sierpień		wrzesień		
IV kwartał	Październik		Listopad		Grudzien		

Razem w roku 2015 :punktów

Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości :zł
brutto za punkt

3.Liczba punktów ogólnostomatologicznych, punkty protetyczne w podziale na miesiące i kwartały.

2015							Razem kwartał liczba punktów
I kwartał	Styczeń		Luty		Marzec		
II kwartał	Kwiecień		Maj		Czerwiec		
III kwartał	Lipiec		sierpień		wrzesień		
IV kwartał	Październik		Listopad		Grudzien		

Razem w roku 2015 :punktów

Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości :zł
brutto za punkt .

4. Świadczenia komercyjne :

Z tytułu realizacji umowy w zakresie świadczeń komercyjnych wg. obowiązującego cennika w ZLA Chrzanów sp. z o.o. za udzielone świadczenie medyczne oczekuję należności w wysokości% wartości udzielonych świadczeń medycznych.

3. Oferuje wykonywanie niniejszych świadczeń w dni i godziny :

poniedziałek

wtorek.....
środa
czwartek
piątek

4. Do oferty załączam poświadczony kopie:*

- Kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikację do udzielania świadczeń zdrowotnych, takich jak : dyplom ukończenia uczelni, specjalizacje ,prawo wykonywania zawodu oraz inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i uprawnienia.
- polisa ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami lub oświadczenie oferenta o zawarciu takiej polisy z obowiązkiem przedłożenia jej w dniu podpisywania umowy.
- Kserokopię wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego ZLA w Chrzanowie sp. z o. o. we właściwej Izbie Lekarskiej z numerem zezwolenia, stosownie do zapisów Ustawy o zawodzie lekarza z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz. U. Nr 26, poz. 152 z późn. zm.) lub oświadczenia o wszczęciu postępowania rejestracji takiej praktyki– jeśli dotyczy;
- kopia wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą (księga rejestrowa) wraz z dokumentami potwierdzającymi nadanie numeru NIP i REGON.
- Kopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku na jakie składana jest oferta.
- kopia aktualnego orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych.
- oświadczenie o niekaralności za przestępstwa i za przestępstwa w związku w wykonywanym zawodem lekarza oraz o braku toczących się postępowań karnych przeciwko oferentowi.
- oświadczenie pracownika kadr ZLA w Chrzanowie sp. z.o.o., o posiadaniu w zasobach aktualnych dokumentów

*) zaznaczyć pole

5. OŚWIADCZENIE Oferenta

- Oświadczam, że spełniam warunki określone dla przedmiotu wykonującego działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U z 2013 r poz. 217).
- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w w/w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
- Oświadczam, że zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
- Oświadczam, że pozostanę związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
- Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
- Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonania usług z należytą starannością swego działania wymaganą od profesjonalisty i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.
- Oświadczam, że umowę będę realizował zgodnie z obowiązującymi przepisami NFZ.
- Oświadczam, że dodatkowo udzielam świadczenia w:

a)

na podstawie umowy o pracę,* umowy cywilno -prawnej*; w dniach i godzinach

b).....
na podstawie umowy o pracę,* umowy cywilno -prawnej*; w dniach i godzinach

c).....
na podstawie umowy o pracę,* umowy cywilno -prawnej*; w dniach i godzinach

*zaznacz właściwe

- Oświadczam, że zawarłem umowę o odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami lub zostanie ona zawarta najpóźniej do dnia podpisania umowy i że będzie opłacana przez cały okres obowiązywania umowy.

data, pieczęć i podpis Oferenta