

FORMULARZ OFERTOWY

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....
Adres podmiotu

.....
Rodzaj rejestru, NIP

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie:

świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym –(zakres wyjazdowy).

Miesięczna wartość za realizację świadczeń:

..... zł

- 1 Zobowiązuję się do udzielania w/w świadczeń na zasadach określonych w:
 - Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
 - Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz przepisach odrębnych, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami, z zachowaniem poszanowania praw pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.
- 2 W przypadku zmiany przepisów prawa, o których mowa w pkt., zobowiązuję się do dostosowania warunków udzielania świadczeń do aktualnych wymogów określonych w/w przepisami w trakcie trwania umowy.

.....
Pieczęćka i podpis

OŚWIADCZENIE OFERENTA

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....
Adres podmiotu

.....
Rodzaj rejestru, NIP

Oświadczam, że:

- 1 Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia (w przypadku podmiotu leczniczego: oświadczam, że personel medyczny posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia).
- 2 Świadczenie usług odbywać się będzie przez lekarzy i pielęgniarki w liczbie minimum 2 zespoły w składzie: lekarz i pielęgniarka, w tym jeden zespół udzielający świadczeń w trybie ambulatoryjnym i jeden zespół udzielający świadczeń w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy. Zespół udzielający świadczeń w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, może być łączony z udzielaniem świadczeń w innym obszarze działania.
- 3 Samodzielnie dokonuję wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym i innymi organami.
- 4 Zapoznałem się z regulaminem i warunkami konkursu i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
- 5 Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- 6 Zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję ją bez zastrzeżeń.
- 7 Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

Do formularza ofertowego dołączam następujące dokumenty:

1.
1.
2.
3.

.....
miejsce i data podpis

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach ul. J. Korczaka 23, 18-100 Łapy