

FORMULARZ OFERTOWY

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

w zakresie ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej w poradni reumatologicznej oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie programów zdrowotnych (lekowych).

kod.....miejscowość.....

ulica.....nr.....

województwo miejscowość.....

NIP REGON

Telefon Fax

Działalność prowadzona na podstawie wpisu do.....

.....

.....nr

Przedmiot zamówienia: wykonywanie świadczeń zdrowotnych

.....
Data i podpis Oferenta

.....
/ imię i nazwisko/

.....
/ nazwa praktyki lekarskiej/

.....
/siedziba, adres/

Oświadczenie Oferenta

Dotyczy: Ogłoszenia o Konkursie Ofert

na

świadczenie usług zdrowotnych

w zakresie ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej w poradni reumatologicznej oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie programów zdrowotnych (lekowych).

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówień na świadczenie zdrowotne.
4. Oświadczam, że uważam się związaną/y ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do warunków zawarcia przyszłej umowy i zobowiązuję się do jej podpisania, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Szpital.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
7. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Szpitala zgodnie z treścią oferty na warunkach określonych w przyszłej umowie.
8. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na sumę gwarancyjną w wysokości (obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy). Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na ww. równowartość w dniu podpisania umowy lub najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy.
9. Poprzez czynność złożenia oferty wyrażam zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Szpitala o rozstrzygnięciu konkursu ofert moich danych takich jak: imię i nazwisko, firma oraz adres indywidualnej praktyki lekarskiej w przypadku, gdy moja oferta zostanie wybrana przez Komisję Konkursową.
10. Oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie przedmiotowym podpisanej umowy.
11. Oświadczam, że zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia w pełnym zakresie z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
12. Oświadczam, że posiadam następujące uprawnienia (specjalizacje)

.....
/podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty/

WARTOŚĆ OFERTY

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

w zakresie ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej w poradni reumatologicznej oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie programów zdrowotnych (lekowych).

.....% wartości punktowej za świadczenia zrealizowane i zatwierdzone przez NFZ w danym miesiącu rozliczeniowym w zakresie AOS

.....% wartości punktowej za świadczenia zrealizowane i zatwierdzone przez NFZ w danym miesiącu rozliczeniowym w zakresie programów zdrowotnych (lekowych) - Porada

.....
Data i podpis Oferenta