

Pieczętka firmowa z pełną nazwą oferenta

Formularz oferty

I. Instrukcja dla Oferenta :

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty składane w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczętką Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Zaleca się aby wszystkie strony Formularza oferty były parafowane przez Oferenta.

II. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko lekarza						PESEL					
Rodzaj praktyki lekarskiej						Nr prawa wykonywania zawodu					
Organ prowadzący rejestr (nazwa okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)						Nr księgi rejestrowej					
Adres zamieszkania											
Kraj				Miejscowość							
Kod pocztowy				Poczta							
Ulica				Nr domu				Nr lokalu			
E-mail				telefon				fax			
Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):											
Kraj				Miejscowość							
Kod pocztowy				Poczta							
Ulica				Nr domu				Nr lokalu			
Działalność gospodarcza											
Firma								Siedziba			
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)						REGON					

III. Kwalifikacje zawodowe i specjalizacja Oferenta wymagana w zakresie przewidzianym warunkami konkursu

(numer dyplomu lekarza i posiadane specjalizacje)

Uwaga!

Składając ofertę należy dołączyć „Wykaz lekarzy zgłoszonych do udzielania świadczeń zdrowotnych” sporządzony zgodnie z Załącznikiem Nr 1 do umowy oraz dołączyć wymagane dokumenty lub złożyć oświadczenie o posiadaniu przez wskazane osoby wymaganych kwalifikacji, uprawnień i doświadczenia (**nie dotyczy Oferenta, który będzie świadczył usługi medyczne osobiście**)

IV. Proponowana kwota wynagrodzenia:

Za realizację zamówienia, tj.: za realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie zabezpieczenia lekarskich świadczeń zdrowotnych w pełnym zakresie, to jest w ramach systemu czasu pracy funkcjonującego w Pracowni Endoskopowej proponuję stawkę za 1 badanie w wysokości :

UWAGA:

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE OFERUJĄC CENĘ PONIŻEJ, PODAJE CENĘ ZAOKRĄGLONĄ W DÓŁ DO PEŁNYCH 10 GROSZY

- 1) Za świadczenia opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie „Badania endoskopowe przewodu pokarmowego – Gastroskopia” i „Badania endoskopowe przewodu pokarmowego – Kolonoskopia”

Tabela nr 1

Lp.	Nazwa procedury	Maksymalna wartość procedury finansowana przez Udzielającego zamówienie (za 1 badanie w zł)	Cena oferowana przez Przyjmującego zamówienie za wykonanie jednej procedury (za 1 badanie w zł)
1.	Gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test urazowy)	49,30	
2.	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją (uwzględnia 1 badanie hist-pat)	80,10	
3.	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją (uwzględnia 2 lub więcej badań hist-pat)	100,10	
4.	Kolonoskopia diagnostyczna	125,00	
5.	Kolonoskopia diagnostyczna z pobraniem biopsji (uwzględnione badanie	166,90	

	hist-pat)		
6.	Kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1cm za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem hist-pat)	459,40	

2) Za świadczenia opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie hospitalizacji.

Tabela nr 2

Lp.	Nazwa procedury	Maksymalna wartość procedury wg Udzielającego zamówienie (za 1 badanie w zł)	Cena oferowana przez Przyjmującego zamówienie (za 1 badanie w zł)
1.	Gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test urazowy)	70,00	
2.	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją (uwzględnia 1 badanie hist-pat)	70,00	
3.	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją (uwzględnia 2 lub więcej badań hist-pat)	70,00	
4.	Średnie /duże endoskopowe zabiegi w zakresie przełyku, żołądka i dwunastnicy	300,00	
5.	Kolonoskopia diagnostyczna	120,00	
6 .	Kolonoskopia diagnostyczna z pobraniem biopsji (uwzględnione badanie hist-pat)	120,00	
7.	Kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem hist-pat)	300,00	
8.	Duże endoskopowe zabiegi lecznicze w krwawieniach z przewodu pokarmowego- metodą iniekcji	100,00	
9.	Zabiegi lecznicze żołądka i dwunastnicy (przezskórne wytworzenie przetoki żołądkowej) /PEG/	300,00	

3)Za świadczenia realizowane na rzecz pacjentów leczonych w oddziałach szpitalnych SP ZOZ w Parczewie.

Tabela nr 3

Lp.	Nazwa procedury	Kod PM wg ICD - 9	Maksymalna wartość procedury wg Udzielającego zamówienia (za 1 świadczenie w zł)	Cena oferowana przez Przyjmującego zamówienie (za 1 świadczenie w zł)
1.	Endoskopowa ablacja guza jelita grubego	45.431	700,00	
2.	Częściowe wycięcie jelita grubego - inne	45.799	700,00	

V. Oświadczenie:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
Oferuję termin płatności 30 dni od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
2. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
3. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w MI, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od **01.01.2020 r. do 31.12.2022 r.**
5. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz załącznikami nr 3 i 4 nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
7. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
8. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
9. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
10. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.
11. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez udzielającego Zamówienie harmonogramem.

VI. Do oferty załączam:

1. odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą / zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*,
2. aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego / wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*,
3. umowa spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej) *,
4. prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych

czynności medycznych,

5. dyplom lekarza,

6. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe (wskazać jakie) i doświadczenie:

1)

2)

3)

7.(inne dokumenty – wskazać
jakie)

*-niewłaściwe skreślić

.....
(pieczętka i podpis Oferenta)

.....
(miejscowość i data)