|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **STOŁECZNE CENTRUM OPIEKUŃCZO – LECZNICZE SP. Z O.O.**  UL. MEHOFFERA 72/74, 03-131 WARSZAWA, TEL.: CENTRALA 22 811-06-88, FAX. 22 811-18-64  e-mail: [biuro@scol.warszawa.pl](mailto:biuro@scol.warszawa.pl) web: [www.scol.warszawa.pl](http://www.scol.warszawa.pl), Nr rejestru 000000007155  **Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie XIII Wydział Gospodarczy**  **Krajowego Rejestru Sądowego KRS Nr 0000456064 NIP: 524-27-58-370** |  |
|  | | |

*Załącznik nr 2 do ogłoszenia o Konkursie 32/2019*

**FORMULARZ OFERTOWY**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu świadczeń lekarskich –

lekarz ubezpieczenia zdrowotnego

w Dziennym Domu Opieki Medycznej (DDOM) przy ul. Mehoffera 72/74 w Warszawie,

należącym do Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego Sp. z o.o.

z siedzibą przy ul. Mehoffera 72/74 w Warszawie (03-131)

**Udzielający zamówienie wymaga, aby Przyjmujący zamówienie posiadali dyplom (nie wymagana specjalizacja) oraz prawo wykonywania zawodu** - zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U.2019.602 z dn. 2019.03.30) oraz działając na podstawie standardu ,,Dzienny dom opieki medycznej” wydanego przez Ministerstwo Zdrowia (wrzesień 2017r.).

1. Nazwa Przyjmującego zamówienie: ……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………….
2. Adres siedziby…………………………………………………………………………..…...........................................................

Kod pocztowy……………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Numer wpisu do właściwego rejestru\* …………………………………………………...………………………………….
2. NIP\* …………………………………………………………….…………
3. REGON\* ………………………………………………………………...
4. Dane tele-adresowe Tel:…………………………………………………………………………………………….

e-mail: ………………………………...………………………………………………………………………………………….

1. Numer konta do umowy: …………………………………………………………………………………………………………………………………

Osobą uprawnianą do podpisywania i złożenia oferty oraz podejmowania czynności związanych z prowadzonym postępowaniem konkursowym w imieniu Przyjmującego zamówienie jest\*:…………………………………………………………………………………………………………………………………………

\*Załączyć właściwe kopie dokumentów (poświadczone za zgodność z oryginałem)

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w Dziennym Domu Opieki Medycznej (DDOM) ul. Mehoffera 72/74 w Warszawie wchodzącym w skład SCOL Sp. z o.o. w okresie wskazanym w ogłoszeniu o przeprowadzeniu konkursu tj. 12 miesięcy od dnia 01.01.2020r. – do dnia 31.12.2020r., na warunkach określonych w projekcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem, zgodnie ze standardem ,,Dzienny dom opieki medycznej” wydanym przez Ministerstwo Zdrowia (wrzesień 2017r.).

Świadczenia zdrowotne będą realizowane zgodnie z Projektem p.t. ,,Dzienny Dom Opieki Medycznej dla osób starszych i niesamodzielnych w Stołecznym Centrum Opiekuńczo- Leczniczym w Warszawie”, nr wniosku: RPMA 09.02.02-14-a708/18 – dofinansowanie ze środków Unii Europejskiej – EFS, Numer i nazwa Osi Priorytetowej RPO WM 2014-2020 IX – ,,Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem”, Numer i nazwa Działania: ,,9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej” Numer i nazwa Poddziałania : ,,9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych”, Typ projektu: ,,Zdrowie”.

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie, Zał. nr 1 do ogłoszenia „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Zapoznał się z przepisami prawa w przedmiotowym zakresie.
3. Posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje zawodowe\* niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy oraz, że podda się kontroli NFZ   
   w ramach świadczeń objętych przedmiotową umową.
4. Uważa się za związanego ofertą przez 30 dni licząc od dnia otwarcia ofert.
5. Oferowane świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami przez NFZ, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p. poż., BHP.
6. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej\* (OC) spełniające wymogi wynikające z rozporządzenia wydanego na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej i zobowiązuje się do jego utrzymania przez cały okres trwania umowy.
7. Przedłoży w Dziale Kadr SCOL Sp. z o.o. aktualne zaświadczenie o odbytym szkoleniu z zakresu BHP w związku z podpisaniem umowy.
8. Powierzonych świadczeń objętych umową udzielać będzie w okresie wskazanym   
   w ogłoszeniu tj. **12 miesięcy od dnia 01.01.2020r. – do dnia 31.12.2020r**.,
9. Zobowiązuje się do realizacji świadczeń zgodnie z ustaloną liczbą godzin, to jest:  **miesięcznie 40** godzin x 12 miesięcy oraz zgodnie z ustalonym z Kierownikiem DDOM harmonogramem pracy.
10. Wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

**CENA OFERTOWA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Rodzaj świadczenia | Cena za 1 godzinę  (brutto) |
| 1. | Świadczenia lekarskie – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego udzielane w Dziennym Domu Opieki Medycznej (DDOM) przy ul. Mehoffera 72/74 w Warszawie, należącym do SCOL Sp. o.o. |  |

* W cenie są zawarte wszystkie koszty, jakie ponosi Przyjmujący zamówienie przy realizacji przedmiotu zmówienia.
* Cena jest stała w okresie związania umową.
* Podana wyżej cena jest ceną w złotych, ostateczną i uwzględnia wymagania Zamawiającego, odnoszące się do przedmiotu zamówienia.

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Poświadczona kopia wpisu do właściwego rejestru Przyjmującego zamówienie
2. Poświadczone kopie o kwalifikacjach zawodowych do wykonywania świadczeń objętych zamówieniem,
3. Poświadczona kserokopia nadania numeru REGON i NIP (nie jest wymagane w przypadku załączenia wydruku CEIDG),
4. Poświadczona kopia polisy OClub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy,
5. Pełnomocnictwo – wyłącznie w przypadku złożenie oferty i reprezentacji Przyjmującego zamówienie przez pełnomocnika,

………………………………………………dnia…………………………………

……………………….......…………………

(*podpis i pieczęć Oferenta*)

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów związanych z niniejszym postępowaniem w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla jego należytego zrealizowania (m.in. zamieszczenia tych danych i ich upublicznienia w rozstrzygnięciu konkursu a także w protokole wyboru).*