Załącznik nr 2 do ogłoszenia

Warszawa, dn.....

FORMULARZ OFERTOWY NR 1

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

w ZOL przy ul. Mehoffera 72/74 należącym do

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

w Warszawie przy ul. Mehoffera 72/74 w zakresie:

Świadczeń lekarskich wykonywanych przez .....

Udzielający zamówienie wymaga, aby Przyjmujący zamówienie posiadali specjalizacje z zakresu: chorób wewnętrznych I lub II stopnia oraz lekarze w trakcie specjalizacji - zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów oraz działając na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2014r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U.2014. poz. 960 ze zm.).

1. Nazwa Przyjmującego zamówienie:.....
   .....
2. Adres siedziby.....
   Kod pocztowy.....
3. Numer wpisu do właściwego rejestru* .....
4. NIP* .....
5. REGON* .....
6. Dane tele-adresowe. ..... e-mail .....
7. Numer konta: .....

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

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń lekarskich w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym im. Sue Ryder przy ul. Mehoffera 72/74 w okresie wskazanym w ogłoszeniu o przeprowadzeniu konkursu, na warunkach określonych w projekcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursów 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. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jako podwykonawca świadczeń dla Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego wykaże w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji /SZOI/ w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia zawartą z Udzielającym Zamówienia umowę podwykonawczą.
5. Uważa się za związanego ofertą przez 30 dni licząc od dnia otwarcia ofert.
6. Oferowane świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami przez NFZ, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p. poż., BHP.
7. 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.
8. Przedłoży aktualne zaświadczenie o odbytym szkoleniu z zakresu BHP w dniu podpisania umowy.
9. Powierzonych świadczeń objętych umową udzielać będzie w okresie wskazanym w ogłoszeniu po przeprowadzeniu postępowania konkursowego.
10. Zobowiązuje się do realizacji świadczeń zgodnie z ustaloną liczbą godzin, to jest: do 2 tysięcy godzin oraz 1 000 godzin w okresie obowiązywania umowy oraz zgodnie z ustalonym przez Udzielającego zamówienia harmonogramem pracy.
11. Wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
12. Zobowiązuje się podpisać umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych, której wzór zawiera Załącznik nr 5 do ogłoszenia o Konkursie.

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

CENA OFERTOWA

L.p.	Rodzaj świadczenia	Cena za 1 godzinę (brutto)
1.	Świadczenia lekarskie udzielane w SCOL Sp. z o.o. w dni powszednie (podstawowa stawka). – do 2 tysięcy godzin w okresie obowiązywania umowy	
2.	Świadczenia lekarskie udzielane w SCOL Sp. z o.o. w dni powszednie (podstawowa stawka). – 1 tysiąc godzin w okresie obowiązywania umowy	
3.	Świadczenia lekarskie udzielane w SCOL Sp. z o.o. Od 15:30 do 20:00 w dni powszednie (poniedziałek – piątek) oraz sobota i niedzielę oraz dni świąteczne w godz. 8.00 – 20.00	

- W cenie są zawarte wszystkie koszty, jakie ponosi Przyjmujący zamówienie przy realizacji przedmiotu zmówienia.
- Ceny są stałe w okresie związania umową.
- Wszystkie podane wyżej ceny są cenami w złotych, ostatecznymi i uwzględniają wymagania Zamawiającego, odnoszą się do przedmiotu zamówienia.
- Podana do wypracowania maksymalna ilość jest ilością szacunkową w celu określenia maksymalnej wartości umowy i może ulec zmniejszeniu w trakcie realizacji umowy. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo niewykorzystania maksymalnej ilości godzin wskazanej miesięcznie. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że nie będzie dochodził roszczeń z tytułu zmniejszenia miesięcznej ilości godzin.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczona kopia wpisu do właściwego rejestru Przyjmującego zamówienie
2. Poświadczone kopie o kwalifikacjach 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 OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy,
5. Poświadczona kopia zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.
6. Pełnomocnictwo – wyłącznie w przypadku złożenie oferty i reprezentacji Przyjmującego zamówienie przez pełnomocnika,

7. Inne oświadczenia.

……dnia……

……

(*podpis i pieczęć Oferenta*)