

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/21/2020** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na:
udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu zabiegów w obrębie kręgosłupa przez lekarza specjalistę:

- zwalczających ból i na układzie współczulnym (Grupa JGP A26)
- innych chorób układu nerwowego (Grupa JGP A87)

DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA

Nazwa Oferenta	
REGON	
NIP	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica, nr lokalu	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Wpis do właściwego rejestru (nazwa i numer)	
Nr konta bankowego	
Numer prawa wykonywania zawodu	
Specjalizacja	
Informacje dodatkowe	

.....
data

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych Przyjmującemu Zamówienie będzie przysługiwać odpowiednio stawka w wysokości:

.....% (nie więcej niż 35%) kwoty należnej według rozliczenia stosowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych dla procedur A26 i A87*.

* - w przypadku dokonania przez Narodowy Fundusz Zdrowia zmian oznaczeń procedur wskazanych powyżej, przy założeniu, że zmiana obejmuje tożsame lub znacząco zbliżone pod względem rodzajowym procedury do wskazanych w załączniku, Strony dostosują oznaczenia do określonych przez NFZ.

Zadeklarowane stawki odpowiadają **pełnym kosztom** udzielania przez Przyjmującego Zamówienia świadczeń stanowiących przedmiot konkursu.

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania (wykonywanie zabiegów operacyjnych w zakresie chirurgii kręgosłupa) posiadam letnie doświadczenie zawodowe.

b. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły, stopnie naukowe, kursy specjalistyczne)
.....
.....
.....
.....
.....
.....

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń w następującym **minimalnym zakresie** (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

- 1. **co najmniej jeden raz** w miesiącu –
- 2. **co najmniej dwa razy** w miesiącu –
- 3. **co najmniej trzy razy** w miesiącu –

d. W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

- 1. **jeden dzień** w tygodniu –
- 2. **co najmniej dwa lub więcej dni** w tygodniu –

Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres **24 miesięcy** od daty zawarcia umowy.

W załączeniu przedkładam (zaznaczyć właściwe dla podmiotu składającego ofertę) :

- 1. **Załącznik nr 1** - Oświadczenie nr 1 – w zakresie ZUS, US
- 2. **Załącznik nr 2** - Oświadczenie nr 2 – w zakresie BHP, PPOŻ, medycyna pracy
- 3. **Załącznik nr 3** - Oświadczenie nr 3 – w zakresie działalności gospodarczej
- 4. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
- 5. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
- 6. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń: prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, kserokopie poświadczające posiadanie dodatkowych kwalifikacji, specjalizacji, uprawnień, kursów.
- 7. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

