

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/51/2024** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na **udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opisów badań RTG i TK drogą teleradiologii.**

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	
Informacje dodatkowe	

.....
data

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

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert za wynagrodzenie:

WYNAGRODZENIE ŁĄCZNE*:

BRUTTO - zł,

Słownie:

STAWKA VAT%

Słownie:

Wynagrodzenie łączne* (całościowe – za wszystkie rodzaje badań, zarówno w trybie pilnym i planowym, z uwzględnieniem szacunkowej liczby badań) określone zgodnie z Formularzem cenowym - Załącznikiem Nr 2 do SWKO.

Oświadczam, iż ww. wartości są zgodne z wypełnionym Załącznikiem Nr 2 do SWKO - Formularz cenowy.

Wynagrodzenie, w tym ceny jednostkowe za opisy badań, zawierają wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, w tym koszt integracji / podłączenia systemu Udzielającego Zamówienia z systemem Przyjmującego Zamówienie oraz wszelkie koszty związane z przechowywaniem i przesyłem danych między tymi systemami.

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

- a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie.
- b. Proponuję następujące warunki udzielania świadczeń dla Udzielającego zamówienie (**wybrać wyłącznie jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**):
 1. spełniam i akceptuję wymogi stawiane wszystkim oferentom w SWKO w zakresie warunków i terminów udzielania świadczeń –
 2. spełniam i akceptuję wymogi stawiane wszystkim oferentom w SWKO w zakresie warunków i terminów udzielania świadczeń oraz dodatkowo umożliwię konsultacje telefoniczne ze specjalistycznym personelem lekarskim wykonującym opisy stanowiące przedmiot niniejszego postępowania (co najmniej w dni powszednie w godzinach od 7:30 do 15:05) –
 3. spełniam i akceptuję wymogi stawiane wszystkim oferentom w SWKO w zakresie warunków i terminów udzielania świadczeń oraz dodatkowo umożliwię konsultacje telefoniczne ze specjalistycznym personelem lekarskim wykonującym opisy stanowiące przedmiot niniejszego postępowania (całodobowo przez 7 dni w tygodniu) –
- c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zapewnię (**wybrać wyłącznie jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**):
 1. co najmniej 1-osobową obsadę lekarską do wykonywania opisów badań –
 2. co najmniej 2-osobową obsadę lekarską do wykonywania opisów badań –
 3. co najmniej 3-osobową obsadę lekarską do wykonywania opisów badań –

d. W zakresie gotowości do zabezpieczenia należytego działania systemu teleinformatycznego wykorzystywanego do realizacji przedmiotu zamówienia deklaruję, iż (wybrać wyłącznie **jedną odpowiedź** poprzez postawienie znaku „X”):

1. spełniam i akceptuję wymogi w zakresie koniecznych warunków technicznych stawianych wszystkim oferentom w niniejszych SWKO, oraz zapewnię, na wypadek problemów natury informatycznej, możliwość telefonicznych konsultacji personelu Udzielającego Zamówienia z personelem odpowiedzialnym za działanie systemu teleinformatycznego (w dniach i godzinach określonych przez Oferenta – w wymiarze krótszym niż w pkt. 2 lub 3 poniżej) -
2. spełniam i akceptuję wymogi w zakresie koniecznych warunków technicznych stawianych wszystkim oferentom w niniejszych SWKO, oraz zapewnię, na wypadek problemów natury informatycznej, możliwość telefonicznych konsultacji personelu Udzielającego Zamówienia z personelem odpowiedzialnym za działanie systemu teleinformatycznego (co najmniej w dni powszednie (od poniedziałku do piątku) w godzinach 7:30 do 15:05) -
3. spełniam i akceptuję wymogi w zakresie koniecznych warunków technicznych stawianych wszystkim oferentom w niniejszych SWKO, oraz zapewnię, na wypadek problemów natury informatycznej, możliwość telefonicznych konsultacji personelu Udzielającego Zamówienia z personelem Przyjmującego Zamówienie odpowiedzialnym za działanie systemu teleinformatycznego (całodobowo przez 7 dni w tygodniu) -

Oświadczam, iż spełniam minimalne wymogi stawiane wszystkim Oferentom w SWKO.

Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego Zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny bądź wskazanie więcej niż jednej dyspozycji dla pojedynczego kryterium oceny (lit. b-d), będzie skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

W załączeniu przedkładam:

1. Kserokopię wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
2. Kserokopię wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z centralnej ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta
3. Wykaz określający liczbę i kwalifikacje zawodowe osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych - lista osób, które będą udzielać świadczeń wraz z oświadczeniem, iż spełniają one wymogi określone w obowiązujących w tym zakresie przepisach prawa i wymogach stawianych przez NFZ, jak również iż nie są to osoby zatrudnione u Udzielającego Zamówienia w oparciu o stosunek pracy lub umowę cywilnoprawną,
4. Pełnomocnictwo (w przypadku gdy oferta jest sporządzona przez pełnomocnika),
5. Kserokopię polisy ubezpieczenia OC lub oświadczenie, iż w momencie podpisania umowy oferent dostarczy dokument potwierdzający, że podmiot jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej,
6. Wykaz umów zawartych z co najmniej 2 podmiotami leczniczymi wykonującymi działalność w rodzaju leczenie szpitalne, finansowanych ze środków publicznych w ramach umów z NFZ, lub pisemne referencje od co najmniej 2 takich podmiotów leczniczych,
7. Oświadczenie o nierozwiązaniu umowy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych – opisów badań RTG i TK w ciągu ostatnich 2 lat z winy Oferenta,
8. Wypełniony formularz ofertowy – Załącznik nr 1 do SWKO,
9. Wypełniony formularz cenowy – Załącznik nr 2 do SWKO,
10. Zaakceptowany projekt umowy – Załącznik nr 3 do SWKO,
11. Wypełniony załącznik nr 4 – zawierający informacje określone w pkt. 3, 6 i 7 powyżej.

.....
data

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

