

Załącznik nr 1 do „Szczegółowych warunków konkursu ofert” na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralnym Szpitalem Weteranów.

Łódź, dnia.....

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów
ul. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź**

OFERTA

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych z podziałem na 5 Pakietów przez lekarzy na okres 3 lat w rodzaju: CPV: 85121231-1 Usługi kardiologiczne w zakresie:

1. * udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących porady kardiologiczne;
2. * udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących wykonywanie badań echokardiograficznych (przekłatkowych, przezprzełykowych i stress echo) w dni powszednie;
3. * udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących wykonywanie prób wysiłkowych;
4. * udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących wykonywanie badań holterowskich EKG oraz ABPM;
5. * udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących porady związane z kontrolą urządzeń wszczepialnych

**W UNIWERSYTECKIM SZPITALU KLINICZNYM
IM. WOJSKOWEJ AKADEMII MEDYCZNEJ UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI
– CENTRALNYM SZPITALU WETERANÓW**

Imię

Nazwisko

PESEL

Zawód

Nr prawa wykonywania zawodu

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji)

Nr dokumentu specjalizacji

Numer księgi rejestrowej

Firma przedsiębiorcy

NIPREGON.....

Adres indywidualnej praktyki lekarskiej.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki)

.....

Telefon

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych z podziałem na 5 Pakietów przez lekarzy na okres 3 lat w rodzaju: CPV: 85121231-1 Usługi kardiologiczne w zakresie:

1. * udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących porady kardiologiczne;
2. * udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących wykonywanie badań echokardiograficznych (przezskłatkowych, przezprzelykowych i stress echo) w dni powszednie;
3. * udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących wykonywanie prób wysiłkowych;
4. * udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących wykonywanie badań holterowskich EKG oraz ABPM;
5. * udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących porady związane z kontrolą urządzeń wszczepialnych

**w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym
im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
– Centralnym Szpitalu Weteranów w Łodzi**

zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

Oferent proponuje następujące warunki wynagrodzenia:

- 1) * udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących porady kardiologiczne:
 - stawka zł brutto (nie więcej niż 500 zł) za każde 1400 zł wykonanego kontraktu z NFZ (słownie:)lub
 - stawka % (nie więcej niż 50%) kwoty opłacanej za świadczenia wykonane i potwierdzone przez NFZ i po odliczeniu kosztów zleconych badań.
- 2) * udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących wykonywanie badań echokardiograficznych:
 - stawka zł brutto za każde wykonane badanie przezskłatkowe (słownie:)
 - stawka zł brutto za każde wykonane badanie przezprzelykowe (słownie:)
 - stawka zł brutto za każde wykonane badanie stress echo (słownie:)
- 3) * udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących wykonywanie prób wysiłkowych

- stawka zł brutto za każde wykonane badanie (słownie:
.....)

4) *udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących wykonywanie badań holterowskich EKG oraz ABPM

- stawka zł brutto za każde wykonane badanie (słownie:
.....)

5) *udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących porady związane z kontrolą urządzeń wszczepialnych

• stawka zł brutto (nie więcej niż 500 zł) za każde 1400 zł wykonanego kontraktu z NFZ (słownie:
.....)

lub

• stawka % (nie więcej niż 50%) kwoty opłaconej za świadczenia wykonane i potwierdzone przez NFZ i po odliczeniu kosztów zleconych badań.

Podpis Oferenta:

.....

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie wnosi do nich zastrzeżeń.

Zapoznał się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 2 do „Szczegółowych warunków konkursu ofert” i akceptuje je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuje się w przypadku wyboru jego oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia. W przypadku uchylania się od podpisania przez wybranego Oferenta umowy, w terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia, może to stanowić podstawę do wykluczenia od udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego Zamówienia.

Uważa się związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.

Zapoznał się z Regulaminem Przeprowadzania Konkursu obowiązującym u Udzielającego Zamówienia.

Świadczenia zdrowotne objęte konkursem wykonywać będzie w siedzibie Udzielającego Zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu Zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego Zamówienia.

Prowadzi Indywidualną Praktykę zarejestrowaną w rejestrze indywidualnych praktykzgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.

Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.

Zgodnie z jego wiedzą nie zostało wszczęte ani nie toczy się przeciwko niemu w krajach Unii Europejskiej oraz państwach trzecich postępowanie o pozbawienie prawa do wykonywania zawodu ani nie został on w żadnym kraju Unii Europejskiej oraz państwach trzecich pozbawiony prawa do wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu lub ostateczną decyzją właściwych organów.

Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 866) i/lub Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 293, poz. 1728).

Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość na dzień podpisania umowy.

Podpis Oferenta:

.....

Załącznik Nr 1 do formularza ofertowego

ZAŁĄCZNIKI – odpowiednio dla OFERENTA**:

Oryginały lub poświadczone kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, w szczególności:

1. Prawo wykonywania zawodu,
2. Dyplom
3. Kopie dokumentów dotyczących specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych,
4. Kopie dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje, inne posiadane dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności, wymaganego stażu pracy.

Oryginały lub poświadczone kopie dokumentów określających status prawny Oferenta, w szczególności:

1. Zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych/indywidualnych specjalistycznych praktyk,
2. Zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
3. Zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
4. Zaświadczenie o wpisie do KRS,
5. Kopię polisy OC,
6. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert”, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta.

** - skreślić jeżeli nie dotyczy.

Podpis Oferenta:

.....