Załącznik nr 3 do Uchwały
Zarządu Szpitala Czerniakowskiego Sp. z o.o. Nr 64/III/2019
z dnia 07 listopada 2019 r.

Warszawa, dnia.....

Szpital Czerniakowski Sp. z o.o.
w Warszawie
ul. Stępińska 19/25
00-739 Warszawa

FORMULARZ OFERTOWY

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez podmioty lecznicze zatrudniające lekarzy i pielęgniarki w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Szpitalu Czerniakowskim Sp. z o.o. w Warszawie

w okresie od dnia 01 stycznia 2020 r. do dnia 31 grudnia 2020 r.

1.

DANE OFERENTA:

Imię i nazwisko oferenta.....

Nazwa oferenta zgodnie z dokumentem rejestrowym:

.....

.....

Adres siedziby firmy:

kod:..... miejscowość:.....

ulica i numer domu:.....

numer telefonu:.....email:.....

NR NIP.....

NR REGON.....

Wpis do CEIDG.....

Wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą prowadzonego przez.....

2.

CENA I TERMINY ŚWIADCZENIA USŁUG:

1. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto ..... zł za 1 godz. udzielania świadczeń przez lekarzy
2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto ..... zł za 1 godz. udzielania świadczeń przez pielęgniarki
3. Wykonywanie czynności związanych z pobieraniem komórek, tkanek i narządów

TAK/NIE/NIE DOTYCZY (właściwe zakreślić)

3.

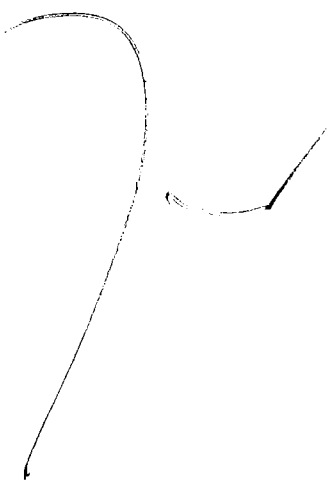
OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert" (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie zgłaszam zastrzeżeń do ich treści oraz, że dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty.
2. Oświadczam, że w cenie/stawce oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia w tym: koszty badań profilaktycznych, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia oraz, że cena nie zostanie zmieniona w trakcie wykonywania przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że zatrudniam personel medyczny o kwalifikacjach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert w ilości zapewniającej prawidłową realizację świadczeń. Lekarze i pielęgniarki zatrudnieni przeze mnie i skierowani do realizacji świadczeń w ramach umowy zawartej w niniejszym konkursie nie są pracownikami Szpitala Czerniakowskiego sp. z o.o.
4. Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą w zakresie wymienionym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
5. Zobowiązuję się do posiadania dla wykazanego personelu przez cały okres trwania umowy aktualnych orzeczeń lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych
6. Zobowiązuję się do posiadania dla wykazanego personelu przez cały okres trwania umowy aktualnych zaświadczeń o szkoleniu bhp, a w przypadku usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetycznego – również aktualnych zaświadczeń o szkoleniu bhp w zakresie obsługi urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne.
7. Oświadczam, iż dysponuje własną odzieżą roboczą ochronną dla wykazanego personelu niezbędną do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
8. Wyrażam zgodę na wykonywanie przez wskazany personel świadczeń zdrowotnych przy użyciu sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie Udzielającego zamówienia.
9. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
10. Zobowiązuję się do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
11. Oświadczam, że wskazany personel posiada odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania w/w rodzaju świadczeń.
12. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta;
13. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji;
14. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postepowania konkursowego.

4.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Wydruk aktualnego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą https://rpwdl.csioz.gov.pl/ (aktualny, nie starszy niż 1 miesiąc),
2. Wydruk wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) aktualny, nie starszy niż jeden miesiąc,
3. Wykaz personelu wraz z danymi o dokumentach potwierdzających kwalifikacje (nr dyplomu, nr prawa wykonywania zawodu, dyplomy specjalizacyjne, itp.) Wzór wykazu stanowi załącznik nr 1 do niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
4. Aktualna polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w wyniku realizacji umowy o udzielenie zamówienia art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. , poz. 2190 z późn. zmianami) oraz Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2011 r. Nr 293 poz. 1729). Dotyczy to również odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu polisy najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
5. Kserokopie orzeczeń lekarskich lekarza medycyny pracy o zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jego przedstawienia w chwili podpisania umowy dla personelu wskazanego do udzielania świadczeń.
6. Kserokopie aktualnych zaświadczeń o szkoleniu bhp, a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetycznego – również aktualnego zaświadczenia o szkoleniu bhp w zakresie obsługi urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jego przedstawienia w chwili podpisania umowy dla personelu wskazanego do udzielania świadczeń.
7. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta.

.....

(podpis i pieczęć oferenta lub osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)