

Znak sprawy: DKO.4240.1.2017

## **FORMULARZ OFERTOWY**

(pieczęć oferenta)

Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Mielcu  
ul. Żeromskiego 22  
39-300 Mielec

### **FORMULARZ OFERTY NA WYŁONIENIE PODWYKONWACY REALIZUJĄCEGO ŚWIADCZENIA**

**ZAKRES:** w rodzaju: podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach\*:

- lekarskiej oraz pielęgniarskiej opieki ambulatoryjnej w miejscu udzielania świadczeń
- lekarskiej wyjazdowej opieki w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na rzecz Szpitala Powiatowego im. Edmunda Biernackiego w Mielcu

(\* - niepotrzebne skreślić)

#### **1. Dane oferenta:**

##### **Podmiot leczniczy**

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego

.....  
.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych nr RPWDL .....

nr KRS .....

NIP ..... REGON .....

Pełnomocnik .....

Kontakt tel. ....

Adres e-mail .....

Nazwa banku .....

Nr konta .....

2. Przedmiotem niniejszej oferty jest wyłonienie podwykonawcy do realizacji świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej - w ramach udzielania świadczeń ambulatoryjnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej oraz wyjazdowej opieki lekarskiej.

**Oferujemy realizację umowy w pełnym zakresie objętym SWKO**

**Proponowana wartość % miesięcznego Kontraktu:**

<b>Procentowy udział Przyjmującego zamówienie w miesięcznej transzy należnej od NFZ z tytułu Kontraktu</b>
<b>%</b>

**3. Dodatkowe warunki:**

- 1) W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:  
 TAK  
 NIE
- 2) W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od:  
 3 lat  
 5 lat  
 żadna z powyższych
- 3) Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością - w ramach danego zakresu świadczeń:  
 TAK  
 NIE
- 4) Zapewnienie dodatkowego zespołu lekarsko-pielęgniarskiego do realizacji świadczeń w warunkach ambulatoryjnych w miejscu udzielania świadczeń:  
 TAK  
 NIE
- 5) Zapewnienie kompleksowego wykonania przedmiotu zamówienia bez udziału podwykonawców:  
 TAK  
 NIE

**4. Oświadczenie:**

- 1) Oświadczam, że jako Oferent zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- 2) Oświadczam, że jako Oferent zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w załączonym „wzorze umowy” i przyjmuję je bez zastrzeżenia i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy, na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
- 3) Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- 4) Oświadczam, iż posiadam tytuł prawny do korzystania z:
  - a) lokali lub budynków, w których będą udzielane świadczenia,
  - b) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej ich wyposażenie,
  - c) środka transportu sanitarnego;
  - d) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie środków transportu sanitarnego
- 5) Oświadczam, że świadczenia będące przedmiotem zamówienia wykonywać będę w lokalach i pomieszczeniach usytuowanych w budynku .....  
*(podać adres z dokładnością do ew. nr gabinetów)*  
oraz przy pomocy sprzętu i aparatury, o których mowa w pkt 4)

- 6) Oświadczam, iż spełniam:
- a) wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia;
  - b) inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;
- 7) Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC), zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej.
- 8) Oświadczam, że wszystkie załączone do formularza ofertowego dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
- 9) Oświadczam, iż jako podmiot prowadzący działalność gospodarczą zgodnie z przepisami prawa polskiego:
- a) rozlicza się z odpowiednim Urzędem Skarbowym z należności otrzymanej z tytułu wykonywania usług będących przedmiotem zamówienia;
  - b) zgłosił działalność gospodarczą w odpowiednim Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego i/lub\* ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie obowiązujących przepisów z należności otrzymanej z tytułu wykonywania usług będących przedmiotem zamówienia
- 10) Oświadczamy, iż zamówienie zrealizujemy: \*
- a) siłami własnymi,
  - b) i przy pomocy podwykonawców w następującej części zamówienia:

.....  
.....  
/podać zakres, nazwy podmiotów/

- 11) Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania i realizacji zamówienia.
- 12) Ofertę składamy świadomie i dobrowolnie.
- 13) Do oferty załączamy niżej wymienione dokumenty:
- a) ..... na .... stronach;
  - b) ..... na .... stronach;
  - c) ..... na .... stronach;
  - d) ..... na .... Stronach.

.....  
/pieczętka i podpis oferenta/