



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES LIPIEC-GRUDZIEŃ 2016

.....
(nazwa i adres oferenta)

Zielona Góra 2016 r.
(data)

OFERTA

Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Zielonej Górze
ul. Wazów 42
65-044 Zielona Góra

CZĘŚĆ I

Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert na zawarcie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Zielonej Górze umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie [zakreślamy znakiem X rodzaj oferowanego świadczenia w oraz miejsce świadczenia]:

Oferuję (oferujemy) wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie

....., realizowanych dla SP ZOZ MSWiA.

- | |
|--|
| 1. <input type="checkbox"/> AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA <input type="checkbox"/> Z.Góra <input type="checkbox"/> Gorzów

<input type="checkbox"/> OPIEKA PSYCHIATRYCZNA |
|--|

- | |
|---|
| 2. <input type="checkbox"/> INNE ŚWIADCZENIA WYSZCZEGÓLNIONE W OGŁOSZENIU O KONKURSIE OFERT
<input type="checkbox"/> Z.Góra <input type="checkbox"/> Gorzów <input type="checkbox"/> Międzyrzecz |
|---|

1. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej (naszej) oferty, świadczeń zdrowotnych udzielać będziemy od dnia 01 lipca 2016 r. do dnia 31 grudnia 2016 r. (niepotrzebne skreślić) na warunkach i zasadach określonych w ofercie oraz umowie.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się:
 - 1) z treścią ogłoszenia o konkursie ofert,
 - 2) ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń,
 - 3) z projektem umowy i nie zgłaszam do niego zastrzeżeń, w przypadku korzystnego rozstrzygnięcia konkursu, wyrażam zgodę na włączenie jego postanowień do treści stosunku umownego łączącego strony,
 - 4) z właściwymi Rozporządzeniami Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu objętego ofertą i spełniam jej wymogi,
 - 5) z właściwym zarządzeniem Prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju i zakresie świadczeń objętych ofertą i spełniam jej wymogi.



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES LIPIEC-GRUDZIEŃ 2016

Oświadczam, że :

- 1) uważam (uważamy) się za związanego/ związaną/ związanych niniejszą ofertą przez okres wskazany w szczegółowych warunkach konkursu ofert.
- 2) dane przedstawione w niniejszej ofercie są zgodne ze stanem faktycznym.
- 3) zobowiązuję się (zobowiązujemy się) – w przypadku wyboru mojej (naszej) oferty przez SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Zielonej Górze – do zawarcia na okres objęty umową wymaganej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa umowy ubezpieczenia OC.
3. Oferta została złożona na stronach (kartkach) podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr 1 do nr
4. Podaję proponowaną kwotę należności za realizację zamówienia (z ewentualną kalkulacją elementów należności) oraz proponowany czas trwania umowy.
5. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:
 - a) kwestionariusz oferty,
 - b) załącznik nr 1 – *kopia lub ksero* wpisu do właściwego rejestru,
 - c) załącznik nr 2 – *kopia lub ksero* odpisu rejestru sądowego (jeśli istnieje),
 - d) załącznik nr 3 – *kopia lub ksero* wpisu do ewidencji działalności gospodarczej Urzędu Miejskiego,
 - e) załącznik nr 4 – *kopia lub ksero* decyzji o nadaniu nr NIP
 - f) załącznik nr 5 – *kopia lub ksero* zaświadczenia o numerze identyfikacyjnym REGON,
 - g) załącznik nr 6 – *kopia lub ksero* statutu oferenta (jeśli istnieje),
 - h) załącznik nr 7 – *kopia lub ksero* prawa wykonywania zawodu,
 - i) załącznik nr 8 – *kopie lub ksero* dyplomów potwierdzających kwalifikacje wymagane przepisami,
 - j) załącznik nr 9 – *kopie lub ksero* dodatkowych kwalifikacji (odbyte kursy, szkolenia) wymagane przepisami,
 - k) załącznik nr 10 – wykaz sprzętu medycznego wykorzystywanego w realizacji umowy wraz z *kopiami* lub *ksero* atestów,
 - l) podmioty, które związane są przedmiotową umową z SP ZOZ MSWiA w Zielonej Górze w 2016 roku, mogą złożyć **oświadczenie** , że dokumenty (wymienić jakie) złożone do SP ZOZ MSWiA w Zielonej Górze w toku poprzedniego postępowania konkursowego oraz dane w nich zawarte nie uległy zmianie i są aktualne (oświadczenie na końcu oferty).

Wszystkie ww. kserokopie dokumentów potwierdzone formułą „ZA ZGODNOŚĆ”, datą i podpisem składającego ofertę. Brak podpisu na niniejszej ofercie spowoduje odrzucenie oferty !

.....

data, podpis oferenta lub osoby
uprawnionej do reprezentowania oferenta



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES LIPIEC-GRUDZIEŃ 2016

.....

pieczęć oferenta

WNIOSEK OFERTOWY

Niniejszym składam ofertę w konkursie ofert na zawarcie przez SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Zielonej Górze umowy o udzieleniu świadczeń zdrowotnych dotyczącej:

*

DANE OFERENTA:

1	Pełna nazwa oferenta zgodnie z wpisem we właściwych rejestrach
2	Pełna nazwa organu, który utworzył zakład
3	Adres
4	Kod pocztowy
5	Powiat
6	Telefon
7	Fax
8	Poczta elektroniczna
9	NIP
10	REGON
11	Nazwa banku obsługującego
12	Nr konta
13	Imię i nazwisko dyrektora lub innych osób funkcyjnych, uprawnionych do występowania w imieniu oferenta
	**
14	Telefon kontaktowy

* wpisać właściwy rodzaj świadczeń zdrowotnych

** dotyczy zakładów opieki zdrowotne

data, podpis oferenta



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES LIPIEC-GRUDZIEŃ 2016

SZCZEGÓŁOWY FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ

NAZWA I ADRES PORADNI:

Lp.	Rodzaj aparatury i sprzętu medycznego	Typ/firma	Rok produkcji
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

.....

data i podpis oferenta



WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ WRAZ Z CZASEM PRACY

WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ												
Lp	Zakres świadczeń	Imię nazwisko osoby udziel. świadczenia	Nr prawa wykonyw. zawodu	Kwalifikacje	Miejsce udzielania świadczeń	Czas pracy (dni i godziny)					uwaga	
						Pon.	Wto	Śro	Czw.	Piąt		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1						od	od	od	od	od		
2						do	do	do	do	do		
3												
4												

Uwaga: dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych oraz innych osób wykonujących zawody medyczne

.....
data, podpis oferenta



pieczęć oferenta

CZĘŚĆ II

PROPONOWANE KWOTY NALEŻNOŚCI ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA (z ewentualną kalkulacją kosztów) WRAZ Z PROPONOWANYM CZASEM TRWANIA UMOWY

1. <input type="checkbox"/> AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA <input type="checkbox"/> ZGóra <input type="checkbox"/> Gorzów
<input type="checkbox"/> OPIEKA PSYCHIATRYCZNA

UMOWY ZAWIERANE W RAMACH NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA						
TYP ŚWIADCZENIA	RODZAJ ŚWIADCZENIA UDZIELANEGO PRZEZ	liczba punktów na półrocze	liczba punktów na miesiąc	cena punktu	kwota należności za realizację zamówienia	czas trwania umowy
				cena porady		
AMUBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	lekarz – specjalista					

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA	Lek. psychiatra w Oddz. Dzień. Zaburz. Nerw.					
	Psycholog w Oddz. Dzień. Zaburz. Nerw.					
	Psychoterapeuta w Oddz. Dzień. Zaburz. Nerw.					
	Lek. psychiatra w Porad. Lecz. Nerwic					



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES LIPIEC-GRUDZIEŃ 2016

Psycholog w Porad. Lecz. Nerwic						
Psychoterapeuta w Porad. Lecz. Nerwic						
Lek. psychiatra w Porad. Zdrow. Psych.						
Psycholog w Porad. Zdrow. Psych.						
Psycholog w Porad. Psychol.						
Psychoterapeuta w Porad. Psychol.						

.....
data, podpis oferenta



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES LIPIEC-GRUDZIEŃ 2016

pieczęć oferenta

2. INNE ŚWIADCZENIA WYSZCZEGÓLNIONE W OGŁOSZENIU O KONKURSIE OFERT
 Z. Góra Gorzów Międzyrzecz

OFERENT MOŻE DOŁĄCZYĆ WŁASNĄ SPECYFIKACJĘ WRAZ Z CENNIKIEM

rodzaj świadczenia	cena za świadczenie w zł

Jeżeli oferta przekracza 10 pozycji, prosimy o złożenie jej w wersji papierowej oraz elektronicznej.

.....
data, podpis oferenta



pieczęć oferenta

USŁUGI LEKARSKIE ŚWIADCZONE POZA NFZ <input type="checkbox"/> Z.Góra <input type="checkbox"/> Gorzów

UMOWY OTWARTE (POZA NARODOWYM FUNDUSZM ZDROWIA)		
RODZAJE ŚWIADCZEŃ	stawka w zł	czas trwania umowy

Konsultacje dla potrzeb medycyny pracy i komisji lekarskiej		
Konsultacje w oddziale szpitalnym		
Porady lekarskie płatne		
Wydanie zaświadczenia wskazanego w §1 Zarządzenia nr 21/2011 Dyrektora SP ZOZ MSWiA w Zielonej Górze		
Wydanie opinii wskazanej w §1 ust. k Zarządzenia nr 21/2011 Dyrektora SP ZOZ MSWiA w Zielonej Górze		

.....
data, podpis oferenta



.....
(oferent)

.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że następujące dokumenty:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

zostały złożone do SP ZOZ MSWiA w Zielonej Górze w poprzednim postępowaniu konkursowym a dane w nich zawarte nie uległy zmianie i są aktualne.

.....
(podpis oferenta)