



.....
(nazwa i adres oferenta)

Zielona Góra 2017 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 w Zielonej Górze.**

1. <input type="checkbox"/> AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ Z. Góra <input type="checkbox"/> Gorzów <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OPIEKA PSYCHIATRYCZNA
--

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

3. DYŻURY W ODDZIALE SZPITALNYM: <input type="checkbox"/> PIELĘGNIARSKI <input type="checkbox"/> OPIEKUNA MEDYCZNY
--

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

1. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej (naszej) oferty, świadczeń zdrowotnych udzielać będziemy od dnia 01 sierpnia 2017 r. do dnia 30 września 2017 r./31 grudnia 2017 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,



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA ROK 2017

- 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.

ust 4) i 5)[*nie dotyczą ofert: dyżurów pielęgniarek/ opiekunów medycznych w oddziale szpitalnym*]

3. 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.

4. Oferta została złożona na stronach (kartkach) podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr 1 do nr

5. Podaję proponowaną kwotę należności za realizację zamówienia (z ewentualną kalkulacją elementów należności) oraz proponowany czas trwania umowy.

6. 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 2017 roku mogą złożyć **oświadczenie** , że dokumenty (wymienić jakie) złożone do SP ZOZ MSWiA w Zielonej Górze w roku ubiegłym oraz dane w nich zawarte nie uległy zmianie i są aktualne (oświadczenie na końcu oferty),
- ł) oświadczenie oferenta o zatrudnianiu pracowników (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 ROK 2017

.....
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 zdrowotnej



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA ROK 2017

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.d	Wtore	Środ	Czw.	Piątek	
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 lekarskie

.....
data, podpis oferenta



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA ROK 2017

pieczęć oferenta

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 MSW		
wydanie zaświadczenia wskazanego w §.1 ust. k. zarządzenia nr 21/2011 Dyrektora SP ZOZ MSW		
Usługi lekarskie lekarza Medycyny Pracy		

.....
data, podpis oferenta



3. DYŻURY NA ODDZIAŁACH SZPITALNYCH:

- PIEŁĘGNIARSKI
- OPIEKUNA MEDYCZNEGO

pieczęć oferenta

SPECJALISTA	typ dyżuru	stawka 1 godz./zł
PIEŁĘGNIARKA	-	
OPIEKUN MEDYCZNY	-	

.....

data, podpis oferenta

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

OFERENT MOŻE DOŁĄCZYĆ WŁASNĄ SPECYFIKACJĘ WRAZ Z CENNIKIEM

pieczęć oferenta

rodzaj świadczenia	cena za świadczenie w zł

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

.....
data, podpis oferenta



.....

(oferent)

.....

(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że następujące dokumenty:

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

zostały złożone do SP ZOZ MSWiA w Zielonej Górze w postępowaniach konkursowych w ubiegłych latach a dane w nich zawarte nie uległy zmianie i są aktualne.

.....

(podpis oferenta)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zatrudniam/nie zatrudniam pracowników w ramach stosunku pracy/ w ramach umowy cywilnoprawnej.

*niepotrzebne skreślić

.....

(podpis oferenta)