Załącznik nr 1 konkursu
Znak sprawy: A.I.4240-14/15

……
(Pieczęć Oferenta)

FORMULARZ OFERTY

Nazwa praktyki

(w przypadku innych podmiotów proszę o podanie nazwy placówki, adresu siedziby, danych dotyczących placówki, personelu medycznego, liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających świadczeń): *****

…….....…

Imię i nazwisko:

…….....…

Adres:

ul. .....

kod ..... miejscowość .....

Telefon: .....

NIP..... REGON ..... PESEL: .....

Nr prawa wykonywania zawodu: ..... (dołączyć kserokopię)

Nr wpisu do właściwego rejestru: ..... (dołączyć kserokopię)

Nazwa organu, który dokonał wpisu: .....

Posiadam tytuł specjalisty (dołączyć kserokopię):

.....

.....

.....

Część I. Oferuję udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych (porad specjalistycznych) w Poradni Rehabilitacyjnej Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii na warunkach:

Proponowany procentowy udział oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego z NFZ wynosi ……..%

Zobowiązuję się w następujących godzinach i dniach tygodnia (należy uwzględnić warunki określone w pkt. 7.2. konkursu) : *

Dzień ..... godzina: od ..... do .....

Dzień ..... godzina: od ..... do .....

Dzień ..... godzina: od ..... do .....

Dzień ……...godzina: od …… do ……

Dzień …… godzina: od …….. do …….

Część II. Oferuję udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych (porad specjalistycznych) w Gabinetach Rehabilitacyjnych, Pododdziale Rehabilitacji Dziennej Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii w zakresie rehabilitacji dziennej na warunkach:

Proponowana cena porady :

- za przyjęcie pacjenta na rehabilitację dzienną-……. zł.

- za wypisanie pacjenta z rehabilitacji dziennej-…….. zł.

Zobowiązuję się w następujących godzinach i dniach tygodnia (należy uwzględnić warunki określone w pkt. 7.2. konkursu) : *

Dzień ..... godzina: od ..... do .....

Dzień ..... godzina: od ..... do .....

Dzień ..... godzina: od ..... do .....

Dzień ……...godzina: od …… do ……

Dzień …… godzina: od …….. do …….

***** *Wskazane przez Oferenta w formularzu ofertowym dni i godziny udzielania świadczeń medycznych stanowią propozycję. Zamawiający przed zawarciem umowy ustali dni i godziny udzielania świadczeń z wybranymi Oferentami.*

Wykaz personelu (jeżeli świadczenie będą świadczone przez większą ilość osób)

L.p.	Imię i nazwisko	Nr wykonywania zawodu	Specjalizacja (nazwa i stopień)
1.			
2.			
3.			
4.			

Ilość stron oferty .....

Wykaz załączników dołączonych do oferty:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....

……

Data i podpis

Załącznik nr 2 do konkursu

Znak sprawy: A.I.4240-14/15

OŚWIADCZENIE OFERENTA LUB PEŁNOMOCNIKA OFERENTA
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
konkursowym na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych
w Poradni Rehabilitacyjnej , Gabinetach Rehabilitacyjnych, Pododdziale Rehabilitacji Dziennej na rzecz pacjentów Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii.

Imię i Nazwisko / Nazwa Oferenta ubiegającego się o udzielenie zamówienia:

_____

_____

Adres Oferenta:

_____

_____

Składając ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych , zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z poniższymi warunkami:

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności objętych niniejszym zamówieniem, określone w przepisach obowiązującego prawa;
2. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego.
3. Oświadczam, że wzór umowy, stanowiący załącznik do warunków konkursu został przeze mnie zaakceptowany. Zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy na określonych w projekcie umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam, że spełniam wymagania określone w rozporządzeniu MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1413).
5. Zobowiązuję się, że w razie wybrania mojej oferty przed przystąpieniem do wykonywania pierwszej czynności na rzecz Zamawiającego, ubezpieczę się od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. 2013 r., nr 217) i zobowiązuje się do utrzymania tego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
6. Wyrażam zgodę na wykorzystanie informacji złożonych w ofercie, wymaganych do złożenia oferty w postępowaniu prowadzonym przez NFZ w celu uzyskania kontraktu z MOW NFZ na świadczenia zdrowotne w zakresie……..
7. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

……

Data i podpis
Oferenta