

FORMULARZ OFERTOWY

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa na rzecz pacjentów Pabianickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Pełna nazwa oferenta:

.....
.....

Adres oferenta: (województwo, kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

.....

PESEL

Numer telefonu

Adres e-mail

Numer NIP

Numer REGON

Numer prawa wykonywania zawodu: (dołączyć kserokopię)

Numer wpisu do właściwego rejestru: (dołączyć kserokopię)

1. Niniejszym zgłaszam gotowość przystąpienia do konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
2. Niniejszym oświadczam, że:
 - 1) zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (SWKO) w przedmiocie konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz uzyskałam/łem wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty,
 - 2) posiadam niezbędne uprawnienia do wykonywania świadczenia, dysponuję niezbędną wiedzą, doświadczeniem oraz jestem zdolny do wykonywania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych – zgodnie z warunkami konkursu oraz obowiązującymi przepisami,
 - 3) czuję się związana/y niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO,
 - 4) zapoznałam/łem się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 2/2a do SWKO i akceptuję je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,

- 5) zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych,
- 6) nie zostałam/łem skazana/y za przestępstwo umyślne ani nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie karne za przestępstwo umyślne,
- 7) posiadam obowiązkowe ubezpieczenie z tytułu odpowiedzialności cywilnej, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

8) posiadam kwalifikacje:

Wykształcenie: (dołączyć kserokopię)

Specjalizacje: (dołączyć kserokopię)

Inne: (dołączyć kserokopię)

Posiadam - letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń w zakresie przedmiotowego konkursu.

3. Proponuję następującą cenę na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu ofert, obowiązujące w okresie obowiązywania umowy.

ZAKRES 1: Nocna i Świąteczna Pomoc Medyczna POZ

Zakres udzielanych świadczeń	Szacowana liczba godzin w miesiącu		Oferowana liczba godzin w miesiącu		Oferowana cena jednostkowa za godzinę udzielanych świadczeń w dni powszednie	Oferowana cena jednostkowa za godzinę udzielanych świadczeń w weekendy (dyżur dzienny) oraz dni świąteczne
	Dni powszednie	Dni świąteczne	Dni powszednie	Dni świąteczne		
Nocna i Świąteczna Pomoc Medyczna POZ	1300 h	300 h	..... h	..... h	..... zł/h	..... zł/h

ZAKRES 2: Oddział Wewnętrzny I i II

Zakres udzielanych świadczeń	Szacowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana cena jednostkowa za godzinę udzielanych świadczeń
Oddział Wewnętrzny I i II	90 h	..... h	..... zł/h

ZAKRES 3: Oddział Urologiczny

Zakres udzielanych świadczeń	Szacowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana cena jednostkowa za godzinę udzielanych świadczeń
Oddział Urologiczny	64 h	..... h	..... zł/h

ZAKRES 4: Oddział Neurologiczny/Oddział Udarowy

Zakres udzielanych świadczeń	Szacowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana cena jednostkowa za godzinę udzielanych świadczeń
Oddział Neurologiczny/Udarowy	100 h	..... h	..... zł/h

ZAKRES 5: Pabianickie Centrum Psychiatryczne – szpital

Zakres udzielanych świadczeń	Szacowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana cena jednostkowa za godzinę udzielanych świadczeń
Pabianickie Centrum Psychiatryczne	250 h	..... h	..... zł/h

4. Zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem:

tak / nie (niepotrzebne skreślić)

5. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji umowy przez cały okres jej trwania: **tak / nie** (niepotrzebne skreślić)

6. Posiadam umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mi na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotowego konkursu: **tak / nie** (niepotrzebne skreślić)

.....
Podpis Oferenta