

Wałbrzych dnia .....

Załącznik nr 3 do Zarządzenia  
Dyrektora Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda  
Sokołowskiego w Wałbrzychu nr 133/2023 z dnia 21.09.2023 r.

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego  
ul. Sokołowskiego 4,  
58-309 Wałbrzych**

**O F E R T A**

**na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych**

Nawiązując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie realizacji neurochirurgicznych kręgosłupowych procedur zabiegowych (A22,H51,H52,H53,C21E,C21F), wykonywanych w dni robocze w godzinach od 14.35 do 07.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta w godzinach wyznaczonego dyżuru medycznego, składam ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Zawód .....

Nr prawa wykonywania zawodu .....

Specjalizacja w zakresie (stopień) .....

Numer dokumentu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty .....

Numer wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich prowadzonego przez Okręgową Radę Lekarską .....

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

Nr telefonu ..... adres e-mail .....

Adres zamieszkania .....

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) .....

Zarejestrowany adres Podmiotu Leczniczego .....

**Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgicznych kręgosłupowych procedur zabiegowych objętych konkursem.**

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, SWKO oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Specjalistycznym Szpitalu im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Prowadzi indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską jest podmiotem leczniczym\*(niepotrzebne skreślić) i posiada wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez ORL zgodnie z danymi wymienionymi na wstępie niniejszej oferty.
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości ..... (potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia dokumentu stanowi załącznik do oferty).
6. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami złożonymi wraz z ofertą.

7. Proponuje wynagrodzenie od wykonanej procedury w wysokości .....% kwoty wynikającej z wartości określonej dla danej procedury w obowiązującej umowie zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

8. Proponuje inne świadczenia w zakresie objętym ofertą<sup>1</sup> .....

.....

.....

**<sup>1</sup> W punktach nieobjętych proponowanymi świadczeniami proszę o wykreślenie w miejscu wykropkowanym.**

**Oferent oświadcza także, że:**

- bezwarunkowo akceptuje wzór umowy i w przypadku przyjęcia oferty przez Udzielającego zamówienia, zobowiązuje się do podpisania umowy o treści jak w załączniku do Zarządzenia numer **133/2023 z dnia 21.09.2023 r.**,
- prowadzona indywidualna, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska nie jest w stanie upadłości,
- jest/nie jest płatnikiem podatku VAT,
- akceptuje warunki płatności,
- utrzyma cenę ofertową przez okres obowiązywania umowy,
- zapoznał się ze standardami ISO 9001:2015 dotyczącymi przedmiotu konkursu ofert i zobowiązuje się do realizowania umowy z zachowaniem tych standardów;
- utrzyma wysokość ubezpieczenia (polisa OC) przez cały okres trwania umowy.

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. Poświadczony **aktualny** wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej CEIDG.
2. Poświadczona kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez ORL.
3. Potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów dotyczących wykonywania zawodu medycznego tj.:
  - dyplom ukończenia studiów medycznych;
  - prawo wykonywania zawodu (wszystkie zapisane strony);
  - dyplom uzyskania tytułu/tytułów specjalisty;
  - certyfikaty i uprawnienia związane z zakresem świadczeń zdrowotnych;
  - inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe.
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
5. Potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy najpóźniej w dniu podpisania umowy.

.....

(pieczęćka i podpis Oferenta)