



**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nasielsku
05-190 Nasielsk, ul. Sportowa 2**

NIP:531-15-01-474, REGON: 016457218-00027,
tel. 23 691 26 06, 23 691 25 03, e-mail: sekretariat@zoznasielsk.pl <http://www.zoznasielsk.pl>

Załącznik nr 1
do Szczegółowych warunków konkursu ofert o udzielenie
zamówienia na świadczenia zdrowotne.

OFERTA
na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:
(zaznaczyć właściwe X)

<input type="checkbox"/>	podstawowej opieki zdrowotnej
<input type="checkbox"/>	konsultacji lekarza specjalisty w ramach opieki koordynowanej POZ:

kardiolog

diabetolog

dietetyk

<input type="checkbox"/>	ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Poradni otolaryngologicznej
<input type="checkbox"/>	ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Poradni ginekologiczno-położniczej
<input type="checkbox"/>	ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Poradni chorób metabolicznych
<input type="checkbox"/>	wykonywanie badań diagnostycznych w zakresie USG (badania diagnostyczne dla potrzeb POZ).

na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nasielsku.

I. DANE PERSONALNE/NAZWA FIRMY OFERENTA:

1. Nazwisko i imię/ Nazwa firmy:

.....

2. Adres zamieszkania:

.....

.....

3. Numer telefonu do kontaktu:

.....

4. Adres poczty email:

.....

5. Numer NIP: Numer REGON:

6. Nr prawa wykonywania zawodu:

.....

II. OFEROWANA DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ REALIZOWANYCH W RAMACH ZAWARTEJ UMOWY PRZEZ UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE Z NFZ (właściwe zaznaczyć X):

	<p>PRZYCHODNIA W NASIELSKU</p>	<ul style="list-style-type: none"> •PONIEDZIAŁEK godz. od do •WTOREK godz. od do •ŚRODA godz. od do •CZWARTEK godz. od do •PIĄTEK godz. od do
	<p>FILIA W STARYCH PIĘŚCIROGACH</p>	<ul style="list-style-type: none"> •PONIEDZIAŁEK godz. od do •WTOREK godz. od do •ŚRODA godz. od do •CZWARTEK godz. od do •PIĄTEK godz. od do
	<p>FILIA W CIEKSYNIE</p>	<ul style="list-style-type: none"> •PONIEDZIAŁEK godz. od do •WTOREK godz. od do •ŚRODA godz. od do •CZWARTEK godz. od do •PIĄTEK godz. od do

Proponowane godziny świadczenia usług medycznych są propozycją i zostaną dostosowane do potrzeb Udzielającego zamówienie w uzgodnieniu z Przyjmującym zamówienie.

ADNOTACJE KOMISJII DOT. OCENY MERYTORYCZNEJ:

Liczba uzyskanych punktów:

Podpis Przewodniczącego Komisji:

III. OFERUJE UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OSOBOM UBEZPIECZONYM I UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH, W RAMACH I NA ZASADACH UMOWY ZAWARTEJ PRZEZ UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA Z ODDZIAŁEM NFZ.

Za wykonywanie w/w świadczeń zdrowotnych oczekuję wynagrodzenia za jedną godzinę*/punkt*/przyjazd* w kwocie zł brutto.

Słownie :

ADNOTACJE KOMISJII DOT. CENA JEDNOSTKOWA ZA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH:

Liczba uzyskanych punktów:

Podpis Przewodniczącego Komisji:

IV. ODPISY AKTUALNYCH DOKUMENTÓW KWALIFIKACYJNYCH – OBOWIĄZKOWO DOSTARCZĘ DO DNIA PODPISANIA UMOWY.

.....
(data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczenia woli)

ADNOTACJE KOMISJII DOT. SUMY UZYSKANYCH PUNKTÓW PRZEZ OFERENTA:

Suma uzyskanych punktów:

Podpis Przewodniczącego Komisji:

OŚWIADCZENIA OFERENTA:

Nazwisko i imię/Nazwa firmy oferenta:

.....

1. Oświadczam, że spełniam warunki określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej.
2. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, że pozostanę związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
6. Oświadczam, że wszystkie wymagane ogłoszeniem dokumenty niezbędne do podpisania umowy są zgodne z aktualnym stanem faktycznym oraz prawnym i zostaną dostarczone do dnia jej podpisania.
7. Zobowiązuję się do przedłożenia w dniu zawarcia umowy polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonej w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
8. Oświadczam, że dane przedstawione w ofercie i złożonych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
9. Oświadczam, że w ramach wykonywanej działalności leczniczej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

.....
(data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli)