

FORMULARZ OFERTOWY

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie *Ortopedii w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz Bloku Operacyjnym Szpitala SP ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II*, ul. Wojska Polskiego 51, na rzecz pacjentów w okresie od 31 marca 2025 r. do dnia 31 marca 2026r.

I. Dane świadczeniodawcy:

1. Imię i nazwisko/nazwa podmiotu oraz imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych w imieniu podmiotu:
2. Siedziba:.....
3. Prowadzący działalność gospodarczą pod nazwą:
.....
.....
4. NIP..... REGON.....
5. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.....
6. Specjalizacja:
7. Tytuł naukowy:
8. Adres poczty internetowej(e-mail) ;..... nr tel.:.....

II. Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny:

Świadczenia zdrowotne zawarte w ofercie wykonywane będą na bazie sprzętu i pomieszczeń w siedzibie szpitala SP ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II.

III. Określenie stawki za udzielone świadczenie.

Stawka brutto za wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **Ortopedii w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz Bloku Operacyjnym** ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II., wynosi:.....(słownie:.....)
za jedną godzinę świadczenia Stawka w kwocie brutto za godzinę specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie **Ortopedii w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz Bloku Operacyjnym** Szpitala SP ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II winna mieścić się:

- do 180,00 zł (brutto) za godzinę świadczenia usługi

Załączniki do oferty:

- 1) zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu podmiotu będącego osobą fizyczną lub osoby udzielającej świadczeń w imieniu podmiotu nie będącego osobą fizyczną;
- 2) dokument potwierdzający kwalifikacje;
- 3) informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z Krajowego Rejestru Sądowego albo Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych lub grupowych specjalistycznych praktyk lekarskich albo podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 5) oświadczenie o posiadaniu ubezpieczenia zgodnego z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

- 6) Kopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych wystawionego przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych lub oświadczenie o zobowiązaniu się do jej przedłożenia przy podpisywaniu umowy z Udzielającym zamówienia,
- 7) Oświadczenie o zgodności przedstawionych danych.

IV. Numer konta bankowego:

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z treścią specyfikacji oraz ogłoszenia o wszczęciu postępowania konkursowego na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym i Bloku Operacyjnym Szpitala Samodzielnego Publicznego Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Kielcach im. św. Jana Pawła II;
- akceptuję warunki konkursu oraz oświadczam, że spełniam określone w obowiązujących przepisach prawnych i specyfikacji szczegółowych warunków konkursu oferty warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, a w przypadku wybrania mojej oferty, zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów udzielającego zamówienie na powyższych warunkach.

.....
(data i podpis świadczeniodawcy)