

20 Wojskowy Szpital
Uzdrowskowo-Rehabilitacyjny
SPZOZ w Krynicy-Zdroju
ul. Świdzińskiego 4
33 - 380 Krynica-Zdrój

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej (organ dokonujący wpisu) :

.....

NIP nie dotyczy REGON

Adres do korespondencji:

Telefon

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej*/rehabilitacji leczniczej* dla osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych do świadczeń w 20 Wojskowym Szpitalu Uzdrowskowo-Rehabilitacyjnym SP ZOZ w Krynicy-Zdroju. (*niepotrzebne skreślić)

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie 20. WSzR-U SP ZOZ w Krynicy-Zdroju, w miejscu wskazanym przez Udzielającego Zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego Zamówienia.
3. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia:
 -zł. brutto za pacjenta, za każdy osobodzień trwania turnusu rehabilitacyjnego;
 -zł. brutto za pacjenta, za każdy osobodzień trwania turnusu sanatoryjnego/PCPR;
 -zł. brutto za pacjenta, za każdy osobodzień trwania turnusu leczniczo-profilaktycznego, o którym mowa w art. 288 ust. 13 i 14 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny (Dz. U. 2022, poz. 655 z późn zm.);
 -zł. brutto za godzinę dyżuru pod telefonem;

-zł. brutto za wizytę lekarską kwalifikującą do zabiegu komercyjnego;
 -zł. brutto za analizę dokumentacji medycznej jednego pacjenta;
 -zł. brutto za odbyte z udziałem Przyjmującego zamówienie posiedzenie właściwego Zespołu;
4. Umowa zawarta będzie na okres roku od dnia podpisania.

Oświadczenia dotyczące postanowień SWKO:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO), akceptuję je i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z przepisami Ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2022, poz. 633 z późn. zm.).
3. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
4. Zobowiązuję się do osobistego udzielania powyżej zadeklarowanych świadczeń zdrowotnych.
5. Zapoznałem się z treścią załącznika nr 1 (projekt umowy), nie wnoszę do niego żadnych uwag i w pełni go akceptuję - co potwierdzam pisemnie i załączam dokument do swojej oferty.
6. Zobowiązuję się do prowadzenia dokumentacji medycznej wynikającej z obowiązujących przepisów.
7. Uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert
8. Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam wymagane dokumenty i kserokopie dokumentów:

ZAŁĄCZNIKI:

1. Oświadczenie Oferenta w zakresie m.in. spełnienia wymogów;
2. Oświadczenie dla celów ustalenia obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym i zdrowotnym;
3. Oświadczenie Oferenta w zakresie złożenia dokumentu ubezpieczenia OC;
4. Oświadczenie Oferenta o nie zaleganiu z opłacaniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne;
5. Oświadczenie w zakresie nie podlegania wykluczeniu z postępowania na podstawie ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego ;
6. Klauzula informacyjna RODO;
7.
8.

9.

10.

.....

(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

**-niepotrzebne skreślić*