

FORMULARZ OFERTY

O F E R T A

na wykonywanie usług medycznych

I. DANE O OFERENCIE:

1.	Pełna nazwa podmiotu ubiegającego się o udzielenie zamówienia	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym	
3.	Nazwa organu uprawnionego do reprezentowania podmiotu	
4.	Numer telefonu	
5.	Numer fax	
6.	Numer rejestru sądowego KRS	
7.	Nazwa i siedziba sądu	
8.	Numer rejestru podmiotów leczniczych	
9.	Nazwa organu prowadzącego rejestr	
10.	Numer NIP	
11.	Numer REGON	
12.	Imię i nazwisko oraz nr.tel. osoby odp.za nadzór merytoryczny nad realizacją świadczeń zdrowotnych	
13.	Numer konta bankowego wraz z nazwą i siedzibą banku	

II. OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Wszelkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe.
2. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert” (SWKO) oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
3. Zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach przedstawionych w projekcie umowy w terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia.
4. Uważam się związany ofertą na czas wskazany w SWKO.
5. Zobowiązuję się do wykonywania usług zgodnie z harmonogramem i zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia.
6. Zapewniam udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby posiadające kwalifikacje wskazane przez Udzielającego zamówienia w SWKO.
7. Zapewniam, że uprawnienia osób wskazanych do wykonania usługi są aktualne i że nie toczy się w stosunku do nich postępowanie wyjaśniające przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej ani postępowanie przygotowawcze.
8. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości obejmującą Usługi świadczone przez zgłoszony personel (Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy oc na równowartość na dzień podpisania umowy.)*

9. Oświadczam, że personel wskazany w ofercie został poinformowany, że:
- a) administratorem danych osobowych przekazanych w ofercie jest Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika z siedzibą w Łodzi ul. Pabianicka 62 zwane dalej Centrum,
 - b) jestem zobowiązany do podania danych określonych w konkursie,
 - c) dane osobowe są zbierane i przetwarzane przez Centrum w celu podpisania oraz realizacji umowy (art. 23 ust.1 pkt 3 ustawy z dnia 29.08.1997r o ochronie danych osobowych (t.j.Dz.U. 2016.922),
 - d) osoby, o których mowa w pkt 6 mają prawo do treści tych danych oraz żądania ich poprawiania i dane mogą być udostępnione na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

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

**-niepotrzebne skreślić*

III. OFERTA CENOWA NA WYKONYWANIE USŁUG MEDYCZNYCH

1. Zobowiązuję się świadczyć usługi medyczne w Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii im.M. Kopernika w Łodzi za:

Pakiet I

Procedury	*liczba	cena	kwota
RM WBDWI – badanie dyfuzyjne	50		
RM prostaty wieloparametryczne	50		
RM spektroskopia	50		
RM mózgu perfuzja	50		
WB LDCT – ocena szpiczaka	50		
Szacunkowa wartość Pakietu nr 1 w skali miesiąca			

Pakiet II

Procedury	*liczba	cena	kwota
Termoablacja operacyjna	3		
Termoablacja przezskórna	3		
Szacunkowa wartość Pakietu nr 2 w skali miesiąca			

***liczba stanowi szacunkową liczbę miesięcznego zapotrzebowania, która może ulec zmianie w trakcie realizacji umowy**

2. Wyrażam zgodę na okres zawarcia umowy: miesięcy.

Dnia,

Podpis i pieczęćka.....

ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY*:

1. Wykaz personelu medycznego wraz z poświadczonymi kopiami dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje personelu wykonującego usługi będące przedmiotem zamówienia (odpis prawa wykonywania zawodu, odpis dyplomu specjalizacyjnego, certyfikaty) – *zał. nr 1*
2. Poświadczone kopie aktualnych zaświadczeń lekarskich – badań profilaktycznych personelu wykonującego usługi będące przedmiotem zamówienia – *zał. nr 2*
3. Poświadczone kopie aktualnych zaświadczeń o szkoleniach bhp personelu wykonującego usługi będące przedmiotem zamówienia – *zał. nr 3*
4. Aktualne wymagane prawem szkolenia związane z ochroną radiologiczną pacjenta – *zał. nr 4*
5. Poświadczona kopia wpisu do odpowiedniego rejestru podmiotów leczniczych – *zał. nr 5*
6. Poświadczona kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk z systemu Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub kopia wpisu do KRS – *zał. nr 6*
7. Kserokopia polisy oc lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy – *zał. nr 7*
8. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta - *zał. nr 8*
9. Opis doświadczenia w pracy *zał. nr 9*.