

FORMULARZ OFERTY
O F E R T A**na wykonywanie usług lekarskich**

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Zawód.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja w zakresie.....

Nr dokumentu specjalizacji

Nr wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą.....

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

Adres siedziby.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem siedziby oferenta).....

Telefone-mail.....

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie oraz „Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert” i nie zgłaszam zastrzeżeń.
2. Zapoznałem się z projektem umowy i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w tym projekcie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
3. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będę w Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
4. Moje uprawnienia do wykonywania zawodu są aktualne i że nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie wyjaśniające przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej ani postępowanie przygotowawcze.
5. Prowadzę Specjalistyczną Indywidualną Praktykę Lekarską w dziedzinie, zarejestrowaną w rejestrze indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich w OIL zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.
6. Świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście.
7. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy oc na równowartość na dzień podpisania umowy.*
8. Uważam się związany ofertą na czas wskazany w SWKO.

9. Zostałem 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 dokumentach,
- 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) Udzielającego zamówienia ma prawo do treści tych danych oraz żądania ich poprawiania i dane te 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*)

OFERTA CENOWA

na wykonywanie usług lekarskich

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

Pakiet I

Procedury	*liczba	cena	kwota
RM WBDWI – badanie dyfuzyjne ciała	50		
RM wieloparametryczne prostaty	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. Poświadczony kopie dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje (odpis prawa wykonywania zawodu, odpis dyplomu specjalizacyjnego, certyfikaty) – *zał. nr 1*
2. Poświadczona kopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego – badania profilaktycznego – *zał. nr 2*
3. Poświadczona kopia aktualnego zaświadczenia o szkoleniu bhp – *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 zawodowego – *zał. nr 9.*

**-niepotrzebne skreślić*