



Załącznik nr 1

I. Dane Identyfikacyjne Oferenta

Nazwa Oferenta		
Numer identyfikacyjny REGON:		
Numer Identyfikacji Podatkowej:		
Województwo:		
Powiat:		
Miejscowość:		
Gmina:		
Ulica, nr lokalu		
Kod pocztowy - poczta:		
Telefon:		
FAX:		
e-mail:		
Status Prawny Oferenta:		
Nazwisko oraz funkcje osób reprezentujących Oferenta oraz upoważnionych do podpisania umowy z Udzielającym Zamówienia:		
Forma organizacyjna		
Numer konta bankowego		
KRS	Numer KRS	
	Organ rejestrujący	
	Data wpisu do rejestru	
	Data ostatniej aktualizacji	
CEIDG	Data wpisu do rejestru	
	Data ostatniej aktualizacji	
Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	Nr księgi rejestrowej	
	Organ rejestrujący	
	Data wpisu do rejestru	
	Data ostatniej aktualizacji	

.....
data

.....
pieczęć i podpis Oferenta

SR

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT/
FORMULARZ OFERTOWY/PROJEKT UMOWY**F31-P1-PR13/16.04.2014
Strona 7 z 30**II. Oferta cenowa i organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych**

L.p	Rodzaj badania	Maksymalny czas wykonania opisu/ badania Szpital/ Pozostałe	Oferowany czas wykonania opisu/ badania Szpital/ Pozostałe	Cena (brutto) za 1 opis/ badanie	Deklarowana miesięczna liczba opisów/ badań	CENA OFERTY cena jednostkowa (brutto) za wykonanie poszczególnego badania/opisu pomnożona przez deklarowaną miesięczną liczę w czasie trwania umowy pomnożona przez 18
1	ANGI TK	3 dni robocze* / 4 tyg.				
2	TK jamy brzusznej z miednicą	3 dni robocze* / 4 tyg.				
3	Pozostałe badania TK	3 dni robocze*/ 4 tyg.				
4	RTG	3 dni robocze*				
5	RTG kontrastowe	3 dni robocze*				
6	USG	w tym samym dniu				
7	USG DOPPLER	w tym samym dniu				
8	Konsultacja badań radiologicznych (TK. MRI)	3 dni robocze				
SUMA (poz. od 1 do 8)						
*Badania pacjentów Izby Przyjęć/ Przychodni i badania pacjentów „cito” z Klinik w tym samym dniu.						
POZOSTAŁE KRYTERIA						
Jakość tak/nie*		Kompleksowość tak/nie*		Dostępność tak/nie*		Ciągłość tak/nie*

MR



**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT/
FORMULARZ OFERTOWY/PROJEKT UMOWY**

F31-P1-PR13/16.04.2014
Strona 8 z 30

HARMONOGRAM PRACY					
Wykaz dni pozostawania w dostępności do udzielania świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienie (minimum 10 godzin tygodniowo)					
Poniedziałek	Wtorek		Środa	Czwartek	Piątek
Razem godzin w tygodniu					

III. Wykaz pracowników i kwalifikacje personelu medycznego, który będzie udzielał świadczenia zdrowotne

Lp.	Imię i nazwisko osób udzielających świadczenia zdrowotne	Kwalifikacje zawodowe	Doświadczenie zawodowe w zakresie wykonywania i opisywania badań z zakresu diagnostyki obrazowej

Minimalna liczba osób udzielających świadczenia zdrowotne

MP



IV Oświadczenie oferenta.

Niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia i ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych realizowanych na rzecz pacjentów Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Jestem uprawniony/a do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej tj. z dnia 9 listopada 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 2190) i pozostałych przepisach, w szczególności jestem zarejestrowany/a we właściwym rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie świadczeń zdrowotnych zgodnych ze składaną ofertą.
3. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie lub dysponuje odpowiednim potencjałem kadrowym do wykonania niniejszego zamówienia.
4. Posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z aktualnym stanem prawnym.
5. Nie ciąży na mnie orzeczenie sądów powszechnych, ani zawodowych sądów lekarskich, które uniemożliwiłoby mi realizację zamówienia i nie toczy się przeciwko mnie żadne postępowanie przygotowawcze, którego wynik mógłby uniemożliwić mi realizację niniejszego zamówienia na świadczenia zdrowotne.
6. Uważam się za związanego/ą niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
7. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności / będę gotowy/a do niezwłocznego zawarcia umowy ubezpieczeniowej OC w przypadku wyboru mojej oferty. *.
8. Przyjmuje do wiadomości, że liczba wykonywanych badań i opisów jest szacunkowa, uzależniona wyłącznie od potrzeb Udzielającego zamówienie. Udzielający zamówienie dopuszcza zwiększenie liczby badań i opisów oraz wartości umowy o 20 % w sytuacjach wynikających wyłącznie z zapotrzebowania Udzielającego zamówienie.
9. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dostarczonych przeze mnie w formularzu ofertowym i jego załącznikach przez Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej ul Powstania Styczniowego 9 b, 81-519 Gdynia, w celu przeprowadzenia konkursu na wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki obrazowej polegających na wykonywaniu i opisywaniu badań tomografii komputerowej, RTG, i USG oraz konsultowaniu badań radiologicznych, zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych.
10. Zobowiązuje się, w przypadku wybrania przedstawionej oferty, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienie.

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta)

* - zaznaczyć właściwe



Załączniki do oferty

1. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą /KRS
2. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe Oferenta (dyplom ukończenia studiów medycznych, dyplom specjalizacyjny, certyfikaty, zaświadczenia)
3. Prawo wykonywania zawodu
4. Polisa OC
5. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy

25