

FORMULARZ OFERTY

Nazwa praktyki

(w przypadku innych podmiotów proszę o podanie nazwy placówki, adresu siedziby, danych dotyczących placówki, personelu medycznego, liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających świadczeń): *

.....

Imię i nazwisko:

.....

Adres:

ul.

kod miejscowość

Telefon: , adres e-mail.....

NIP..... REGON PESEL:

Nr prawa wykonywania zawodu: (dołączyć kserokopię)

Nr wpisu do właściwego rejestru: (dołączyć kserokopię)

Nazwa organu, który dokonał wpisu:

Posiadam tytuł specjalisty (dołączyć kserokopię):

.....

Oferuję udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych (porad specjalistycznych) w zakresie rehabilitacji dziennej/ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej (niepotrzebne skreślić) zgodnie z obowiązującymi warunkami:

1. Ośrodek rehabilitacji dziennej

Proponowana cena porady:

- za przyjęcie pacjenta na rehabilitację dzienną-.....zł.

- Za wypisanie pacjenta z rehabilitacji dziennej – zł

2. Poradnia rehabilitacyjna

Proponowany procentowy udział w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego z NFZ wynosi.....%

Zobowiązuję się udzielać świadczeń zdrowotnych w następujących godzinach i dniach tygodnia:

Ośrodek Rehabilitacji Diennej

Dzień godzina: od do
Dzień godzina: od do
Dzień godzina: od do
Dzień godzina: od do
Dzień godzina: od do

Poradnia Rehabilitacyjna

Dzień godzina: od do
Dzień godzina: od do
Dzień godzina: od do
Dzień godzina: od do
Dzień godzina: od do

** Wskazane przez Oferenta w formularzu ofertowym dni i godziny udzielania świadczeń medycznych stanowią propozycję. Zamawiający przed zawarciem umowy ustali dni i godziny udzielania świadczeń z wybranymi Oferentami.*

Wykaz personelu (jeżeli świadczenie będą świadczone przez większą ilość osób)

L.p.	Imię i nazwisko	Nr wykonywania zawodu	Specjalizacja (nazwa i stopień)
1.			
2.			
3.			
4.			

.....

Data i podpis

**OŚWIADCZENIE OFERENTA LUB PEŁNOMOCNIKA OFERENTA
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
konkursowym na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych
w Ośrodku Rehabilitacji Diennej/Poradni Rehabilitacyjnej na rzecz pacjentów
Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno – Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława
Frańczuka**

Imię i Nazwisko / Nazwa Oferenta ubiegającego się o udzielenie zamówienia:

Adres Oferenta:

Składając ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych, zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z poniższymi warunkami:

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności objętych niniejszym zamówieniem, określone w przepisach obowiązującego prawa;
2. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego.
3. Oświadczam, że wzór umowy, stanowiący załącznik do warunków konkursu został przeze mnie zaakceptowany. Zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy na określonych w projekcie umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam, że spełniam wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 465 z późn. zm.).
5. Zobowiązuję się, że w razie wybrania mojej oferty przed przystąpieniem do wykonywania pierwszej czynności na rzecz Zamawiającego, ubezpieczę się od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. 2020 r., nr 295) i zobowiązuję się do utrzymania tego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
6. Wyrażam zgodę na wykorzystanie informacji złożonych w ofercie, wymaganych do złożenia oferty w postępowaniu prowadzonym przez NFZ w celu uzyskania kontraktu z MOW NFZ na świadczenia zdrowotne w zakresie rehabilitacji leczniczej.
7. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

.....
*Data i podpis
Oferenta*

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
w Małopolskim Szpitalu Ortopedyczno – Rehabilitacyjnym im. prof. Bogusława Frańczuka,
al. Modrzewiowa 22, 30 -224 Kraków

- I. Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w zakresie rehabilitacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- II. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o zasadach przetwarzania moich danych osobowych, przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych, możliwości ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (w przypadku gdy uznam iż podane przeze mnie dane osobowe nie są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).
- III. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych.

.....
data

.....
Podpis (imię i nazwisko) Oferenta