

Warszawa, dnia.....

Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii
i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher
Warszawa, ul. Spartańska 1

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie
opieki lekarskiej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla pacjentów NIGRIR
oraz pełnienie obowiązków Kierownika Zakładu Anestezjologii

Dane podstawowe

Imię i nazwisko.....
Numer PESEL
Numer telefonu
Adres e-mail.....

Dane firmy

Nazwa.....
Numer NIP.....
Numer REGON
Numer w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą
Numer wpisu w krajowym rejestrze sądowym i nazwa rejestru

Dane adresowe (adres zamieszkania/adres praktyki zawodowej/ adres siedziby podmiotu leczniczego)

.....
.....
Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem wskazanym powyżej)
.....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii dla pacjentów NIGRIR oraz p.o. Kierownika Zakładu Anestezjologii zgodnie z opisem zawartym w „SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKACH KONKURSU OFERT ORAZ MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH O PRZEDMIOCIE KONKURSU OFERT NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH”

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE BĘDĄ PRZEZ:

-
(podać: imię i nazwisko / nr PWZ / zakres i stopień posiadanej specjalizacji)

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE: (*właściwie zaznaczyć znakiem „X”)

- ☐ **jest podmiotem leczniczymi**, w rozumieniu art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.) będącym*:
- ☐ przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. prawo przedsiębiorców (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 646 z późn. zm.);
 - ☐ samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej;
 - ☐ jednostką budżetową; instytutem badawczym, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (j.t. Dz. U. z 2018 r. poz. 736 z późn. zm.);
 - ☐ fundacją, której celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej;
 - ☐ stowarzyszeniem, którego celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej;
 - ☐ kościołem, kościelną osobą prawną lub związkiem wyznaniowym.
- ☐ wykonuje **zawód lekarza w ramach praktyki zawodowej** w formie*:
- ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska;
 - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania;
 - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska,
 - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania;
 - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub
 - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;
 - ☐ spółki cywilnej jako grupowa praktyka lekarska;
 - ☐ spółki jawnej jako grupowa praktyka lekarska;
 - ☐ spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska.
- ☐ wykonuje **zawód pielęgniarki w ramach praktyki zawodowej** w formie*:
- ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki;
 - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania;
 - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki;
 - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania;
 - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;
 - ☐ jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;
 - ☐ spółki cywilnej jako grupowa praktyka pielęgniarek;
 - ☐ spółki jawnej jako grupowa praktyka pielęgniarek;
 - ☐ spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek.
- ☐ jest **osobą fizyczną** nie prowadzącą działalności gospodarczej.

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

- posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości zgodnie z zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2011 Nr 293, poz. 1729) albo zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc na równowartość na dzień podpisania umowy;
- zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu ofert na udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych”, oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń;
- oświadcza, że nie posiada umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia;
- świadczeń zdrowotnych objętych konkursem ofert udzielać będzie w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie;
- jest osobą, zatrudnia lub współpracuje z osobami legitymującymi się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny;

- posiada, zatrudnia lub współpracuje z osobami posiadającymi uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert;
- posiada wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
- dysponuje odpowiednim potencjałem oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
- znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
- nie podlega wykluczenia z konkursu ofert z przyczyn wskazanych w § 3 ust. 4 „Szczegółowych warunkach konkursu ofert oraz materiałach informacyjnych o przedmiotach konkursów ofert na udzielenie zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych”;
- **oferuje następujące warunki:**

| USŁUGA | STAWKA (brutto) |
|---|---|
| <p>Udzielanie świadczeń z zakresu anestezjologii na Bloku Operacyjnym i w Pracowni Endoskopii NIGRiR</p> | <p>..... zł za godzinę pracy</p> <p>ALBO</p> <p>..... zł za mały zabieg (zabieg z grupy kosztowej NFZ do 2000zł)</p> <p>..... zł za średni zabieg (zabieg z grupy kosztowej NFZ od 2001zł do 5000zł)</p> <p>..... zł za duży zabieg (zabieg z grupy kosztowej NFZ od 5001zł)</p> |
| <p>Świadczenie usług z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w systemie dyżurowym, w tym opieka pooperacyjna nad pacjentami na sali nadzoru pozbudzeniowego i sali pooperacyjnej oraz udzielanie świadczeń medycznych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii pacjentom Klinik NIGRiR będących w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i w stanach nagłych. od poniedziałku do piątku w godzinach 15:00-7:30, w niedziele, święta i dni wolne od pracy w godzinach 7:30-7:30</p> | <p>..... zł za godzinę dyżuru lekarskiego</p> |
| <p>Świadczenie usług z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w NIGRiR (w tym również praca w Poradni Konsultacyjnej) w godzinach 7:30 – 15:00, z możliwością zmiany godzin pracy za obopólną zgodą.</p> | <p>..... zł za godzinę pracy</p> |
| <p>Pełnienie obowiązków Kierownika Zakładu Anestezjologii</p> | <p>..... zł miesięcznie</p> |

- **deklaruję pracę w wymiarze:**

..... godzin / miesiąc

ZAŁĄCZNIKI *:

- ☐ Poświadczony wpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- ☐ Poświadczona kopia wpisu do właściwego rejestru,
- ☐ Poświadczona kopia prawa wykonywania zawodu lub prawa wykonywania zawodu osób, które będą udzielać świadczeń,
- ☐ Poświadczona kopia dyplomu / świadectwa lub dyplomu/świadectwa osób, które będą udzielać świadczeń,
- ☐ Poświadczona kopia specjalizacji/specjalizacji osób, które będą udzielać świadczeń,
- ☐ Kserokopie polis oc lub oświadczenie zawierające zobowiązanie do przedłożenia kopii polis,
- ☐ Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z Szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta i dokument, z którego upoważnienie wynika (jeżeli istnieje).

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