

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
OPIEKUNA MEDYCZNEGO dla pacjentów NIGRIR**

Imię i nazwisko/ nazwa lub firma.....

Adres zamieszkania/adres praktyki zawodowej/ adres siedziby podmiotu leczniczego.....

Nr telefonu

PESEL/nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej (organ dokonujący wpisu)/ nr wpisu w krajowym rejestrze sądowym i nazwa rejestru.....

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

Nr w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Zawód/zawód osób, które będą udzielać świadczeń objętych umową

Nr prawa wykonywania zawodu/ Nr prawa wykonywania zawodu osób, które będą udzielać świadczeń objętych umową

Nr dyplomu / świadectwa (również osób, które będą udzielać świadczeń objętych umową).....

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji) (również osób, które będą udzielać świadczeń objętych umową)

Nr dokumentu specjalizacji (również osób, które będą udzielać świadczeń objętych umową)

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

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie OPIEKUNA MEDYCZNEGO dla pacjentów NIGRIR zgodnie z opisem zawartym w „SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKACH KONKURSU OFERT ORAZ MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH O PRZEDMIOCIE KONKURSU OFERT NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH”

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE: (*właściwe 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.

- świadczeń zdrowotnych udzielać będzie:

-

-

-

-

-

(wpisać imię i nazwisko lub liczbę i kwalifikacje zawodowe osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych)

- posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości 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:**
..... zł / godz.
- **deklaruję pracę w wymiarze:**
..... godzin / miesiąc

ZAŁĄCZNIKI *:

- ☐ Poświadczona kopia wpisu do właściwego rejestru,
- ☐ Poświadczona kopia nadania numeru REGON ,
- ☐ Poświadczona kopia nadania numeru NIP ,
- ☐ Poświadczona kopia wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej,
- ☐ 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 polisy oc lub oświadczenie zawierające zobowiązanie do przedłożenia kopii polisy,
- ☐ Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z Szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta i dokument, z które upoważnienie wynika (jeżeli istnieje).

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