

Nr. Konkursu 6/K/U/2025

FORMULARZ OFERTOWY

dla zamówienia dokonywanego w trybie konkursu ofert na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 poz. 450 z późn.zm.)

pn:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Samodzielnego Publicznego Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach "Moja Przychodnia" ul. PCK 1 w zakresie specjalistycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych :

- CHIRURGIA OGÓLNA

I. Dane Oferenta:

nazwa

siedziba

adres, nr telefonu,

NIP, REGON

II. Udzielający Zamówienie:

Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach „ Moja Przychodnia”
40-057 Katowice , ul. PCK 1

III. Oferujemy pełną realizację zamówienia zgodnie z wymogami oraz warunkami i terminami określonymi w Szczegółowych warunkach konkursu ofert.

Oferujemy wykonanie zamówienia za cenę brutto :

- a. za świadczenia udzielone w ramach systemu świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych – w wysokości % wartości punktu rozliczeniowego, określonej w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia;
- b. za usługę odpłatną, nie objętą umową z NFZ - % wynagrodzenia za daną usługę, określonego w cenniku obowiązującym w SPZLA;

wg wartości jednego punktu rozliczonego w Poradni Chirurgii Ogólnej

IV. Oświadczam, że uważam się związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty, w której upływa termin składania ofert.



- V. Oświadczam, że usługi objęte przedmiotem postępowania będę wykonywać osobiście.
- VI. W razie wybrania oferty, zobowiązuje się do podpisania umowy na warunkach zawartych w dokumentacji konkursowej oraz w miejscu i terminie określonym przez Udzielającego Zamówienie.

Załącznikami do oferty są :

1. Przedmiot zamówienia - załącznik nr 1
2. Oświadczenie oferenta wg załącznika nr 3
3. Wydruk księgi rejestrowej z RPWDL
4. Wydruk z CEIDG lub KRS
5. Uwierzytelnione (własnoręczny podpis z dopiskiem za zgodność z oryginałem) kserokopie prawa wykonywania zawodu (obligatoryjna kserokopia ze zdjęciem),
6. Uwierzytelnione kserokopie dyplomu ukończenia studiów medycznych,
7. Uwierzytelnione kserokopie potwierdzające posiadane specjalizacje, tytuły naukowe,
8. Uwierzytelniona kserokopia polisy potwierdzającej ubezpieczenie na usługi będące przedmiotem zamówienia,
9. Aktualne badania lekarskie,
10. Aktualne szkolenie BHP,
11. Zaakceptowany projekt umowy - załącznik nr 4
12. Zaakceptowana klauzula informacyjna RODO załącznik nr 5
13. Uwierzytelniona kserokopia Informacji z Rejestru Sprawców Przepływów na Tle Seksualnym lub Upoważnienie do weryfikacji danych w tym rejestrze załącznik nr 6

.....
(data i podpis)