

Znak sprawy: KO-2/ALERG/CHOROBY PŁUC/PEDIAT/2023

..... dnia .....

pieczęćka Oferenta

### OFERTA

Na: „*Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie: alergologii / chorób płuc / chorób płuc dzieci / pediatrii, pacjentom Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce-Zdroju*”.

#### I. DANE OFERENTA

1. Pełna nazwa firmy (lub imię i nazwisko)

.....  
.....

2. Adres z kodem .....

3. tel. .... e-mail .....

4. NIP ..... REGON .....

5. Zarejestrowany w .....  
pod numerem .....

#### II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: alergologii / chorób płuc / chorób płuc dzieci / pediatrii, pacjentom Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce-Zdroju, w dniu/dniach każdego tygodnia: .....  
w godzinach od ..... do.....

2. Przewiduję wypisanie miesięcznie ok. .... pacjentów.

3. Oświadczam, że świadczenia będą wykonywane przez wykwalifikowanego lekarza posiadającego odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu, zgodnie z wymaganiami określonymi w ogłoszeniu o konkursie ofert oraz obowiązującymi w Polsce przepisami.

4. Oświadczam, że świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP, z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie.

5. Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszenia warunków zawartej umowy.

#### III. WARTOŚĆ OFERTY

Akceptuję wynagrodzenie za wykonane świadczenia zdrowotne u Udzielającego zamówienia w wysokości 12 % za każdego wypisanego pacjenta z katalogu grup JPG lub katalogu świadczeń odrębnych, z wyłączeniem pacjentów hospitalizowanych z powodu mukowiscydozy, w ramach zawartej przez Udzielającego zamówienia umowy z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, według zleceń Udzielającego zamówienia.

#### IV. ISTOTNE WARUNKI UMOWY

1. Oświadczam, że akceptuję istotne dla Udzielającego zamówienia postanowienia zawarte we wzorze umowy i zobowiązuję się do jej zawarcia na warunkach określonych w niniejszym wzorze, w przypadku wyboru mojej oferty.

2. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy oraz dostarczenia kopii polisy Udzielającemu zamówienia, najpóźniej w dniu zawarcia umowy, w przypadku wyboru mojej oferty.

3. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w terminach określonych przez Udzielającego zamówienia.

**V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
2. Termin ważności oferty wynosi 30 dni od upływu terminu do składania oferty.

**VI. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....
11. ....
12. ....

.....  
podpis Oferenta