

....., dnia.....

.....  
.....  
nazwa Oferenta i pieczęć firmowa z adresem

### OFERTA KONKURSOWA - NZOZ

W konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w czasie podstawowej ordynacji oraz/lub po jej

zakończeniu w .....

(nazwa komórki organizacyjnej)

Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu

I. Dane o ofercie :

Podmiot leczniczy .....

Adres/Siedziba podmiotu leczniczego .....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, Okręgowej Izby Lekarskiej\*

.....  
Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego, ewidencji działalności gospodarczej\*

.....  
Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta:

.....  
Telefon .....

Fax .....

II. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się i akceptuję treść ogłoszenia, warunki konkursu ofert oraz projekt umowy oraz zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych na warunkach w nich określonych.

III. Propozycje cenowe za udzielanie świadczeń zdrowotnych zawierają dodatkowe formularze ofertowe.

IV. Proponowany czas trwania umowy : od 01.02.2019 r. do 31.01.2022 r. ....

V. Oświadczam, że załączona/zgromadzona do aktualnej umowy\*\* dokumentacja odpowiada wymaganiom zawartym w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.

VI. Oświadczam, że zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia OC na oferowane świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń zgodnie z postanowieniami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. nr 293, poz. 1729), najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień zawarcia umowy na świadczenie usług będących przedmiotem konkursu.

.....  
(Data)

.....  
(Podpis oferenta)

\* niepotrzebne skreślić

\*\* niepotrzebne skreślić (dotyczy podmiotu leczniczego aktualnie realizującego udzielanie świadczeń)

....., dnia.....

.....  
nazwa podwykonawcy i pieczęć firmowa z adresem

**Dodatkowy formularz ofertowy**  
(załącznik do OFERTY KONKURSOWEJ - NZOZ)

W konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w czasie podstawowej ordynacji oraz/lub po jej zakończeniu w .....

(nazwa komórki organizacyjnej)

Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu w wymiarze odpowiadającym przeciętnie ..... godzin miesięcznie<sup>1)</sup> (podstawowa ordynacja w dniach roboczych od poniedziałku do piątku) oraz na dyżurach:

- średniomiesięczna ilość dyżurów 16 godzinnych .....
- średniomiesięczna ilość dyżurów 24 godzinnych .....

I. Dane o podwykonawcy :

Podmiot wykonujący działalność leczniczą .....

Adres/Siedziba podmiotu .....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, Okręgowej Izby Lekarskiej\*

.....  
Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej\* .....

Telefon .....

Fax .....

II. Propozycja warunków cenowych za udzielanie świadczeń zdrowotnych:

Rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych*	Cennik	Wymiar świadczeń
podstawowa ordynacja oddziału w dniach roboczych	..... zł.	miesiąc/godzina*
podstawowa ordynacja oddziału w dniach roboczych	..... % wartości procedury	procedura leczenia szpitalnego
dodatkowe obowiązki w czasie podstawowej ordynacji	..... zł.	godzina
dyżur gotowości	..... zł.	godzina
dyżur medyczny w dniu powszednim	..... zł.	godzina
dyżur medyczny w dniu świątecznym i w niedziele	..... zł.	godzina
ambulatoryjna porada specjalistyczna	..... % wartości porady	porada
p.o. lekarza koordynującego pracę w szpitalu poza czasem podstawowej ordynacji zakładu	..... zł.	dyżur

III. Jednocześnie wyrażam zgodę na przyjęcie przez Udzielającego zamówienia niniejszej oferty ze zmniejszoną ilością dyżurów uzależnioną od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia. Takie przyjęcie oferty nie będzie miało wpływu na określoną cenę za 1 godzinę dyżuru.

IV. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się i akceptuję treść ogłoszenia, warunki konkursu ofert oraz projekt umowy oraz zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych na warunkach w nich określonych.

IV. Proponowany czas trwania umowy : od 01.02.2019 r. do 31.01.2022 r.....

.....  
(Data)

.....  
(Podpis podwykonawcy)

\* niepotrzebne skreślić

1) wymiar pełnego etatu wynosi przeciętnie 158 godz. miesięcznie.