......................................... Zielona Góra …………………………….. r.

( nazwa i adres oferenta) ( data)

**OFERTA  
Dyrektor  
HOSPICJUM *im. Lady Ryder of Warsaw*, 65-046 Zielona Góra, ul. Zyty 26**

**CZĘŚĆ I**

Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert na zawarcie przez **HOSPICJUM *im. Lady Ryder of Warsaw*,**  umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie stacjonarnej, lekarskiej opieki paliatywno-hospicyjnej***,*** realizowanej dla **HOSPICJUM *im. Lady Ryder of Warsaw:***

1.Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty, świadczeń zdrowotnych udzielać będę  
od dnia ……………………… r. do ……………………. 2017 r. na warunkach i zasadach określonych w ofercie oraz umowie.

2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się:

1. z treścią ogłoszenia o konkursie ofert,
2. ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń,
3. z projektem umowy i nie zgłaszam do niego zastrzeżeń, w przypadku korzystnego rozstrzygnięcia konkursu, wyrażam zgodę na włączenie jego postanowień do treści stosunku umownego łączącego strony,

3. Oświadczam, że :

1. uważam się za związanego/ związaną/ niniejszą ofertą przez okres wskazany w szczegółowych warunkach konkursu ofert.
2. dane przedstawione w niniejszej ofercie są zgodne ze stanem faktycznym.
3. zobowiązuję się – w przypadku wyboru mojej (naszej) oferty przez HOSPICJUM *im. Lady Ryder of Warsaw*– do zawarcia na okres objęty umową wymaganej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa umowy ubezpieczenia OC.

4. Oferta została złożona na ................... stronach (kartkach) podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr 1 do nr ...........................

5. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

* 1. kwestionariusz oferty,
  2. załącznik nr 1 –  *ksero* wpisu do właściwego rejestru,
  3. załącznik nr 2 – *ksero* odpisu rejestru sądowego (jeśli istnieje),
  4. załącznik nr 3 – *ksero* wpisu do ewidencji działalności gospodarczej Urzędu Miejskiego,
  5. załącznik nr 4 – *ksero* decyzji o nadaniu nr NIP
  6. załącznik nr 5 –*ksero* zaświadczenia o numerze identyfikacyjnym REGON,
  7. załącznik nr 6 –*ksero* statutu oferenta (jeśli istnieje),
  8. załącznik nr 7 – *ksero* prawa wykonywania zawodu,
  9. załącznik nr 8 – *ksero* dyplomów potwierdzających kwalifikacje wymagane przepisami,
  10. załącznik nr 9 – *ksero* dodatkowych kwalifikacji (odbyte kursy, szkolenia) wymagane przepisami,
  11. załącznik nr 10 – wykaz sprzętu medycznego wykorzystywanego w realizacji umowy wraz z *kopiami* lub *ksero* atestów,

ł) oświadczenie oferenta o zatrudnianiu pracowników (oświadczenie na końcu oferty)

**Wszystkie ww. kserokopie dokumentów potwierdzone formułą „ZA ZGODNOŚĆ”, datą i podpisem składającego ofertę. Brak podpisu na niniejszej ofercie spowoduje odrzucenie oferty !**

**……………..,….…….........................**

data, podpis oferenta lub osoby

uprawnionej do reprezentowania

oferenta

...................................

pieczęć oferenta

|  |
| --- |
| **WNIOSEK OFERTOWY** |

|  |
| --- |
| Niniejszym składam ofertę w konkursie ofert na zawarcie przez HOSPICJUM im. Lady Ryder of Warsaw umowy o udzieleniu świadczeń zdrowotnych dotyczącej: |

|  |
| --- |
| **Stacjonarnej opieki paliatywno-hospicyjnej- w zakresie opieki lekarskiej** |

|  |
| --- |
| **DANE OFERENTA:** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Pełna nazwa oferenta zgodnie z wpisem we właściwych rejestrach |
|  |
| 2 | Pełna nazwa organu, który utworzył zakład |
|  |
| 3 | Adres |
|  |
| 4 | Kod pocztowy |
|  |
| 5 | Powiat |
|  |
| 6 | Telefon |
|  |
| 7 | Fax |
|  |
| 8 | Poczta elektroniczna |
|  |
| 9 | NIP |
|  |
| 10 | REGON |
|  |
| 11 | Nazwa banku obsługującego |
|  |
| 12 | Nr konta |
|  |
| 13 | Imię i nazwisko dyrektora lub innych osób funkcyjnych, uprawnionych do występowania w imieniu oferenta |
| \*\* |
| 14 | Telefon kontaktowy |
|  |

\* wpisać właściwy rodzaj świadczeń zdrowotnych

\*\* dotyczy zakładów opieki zdrowotne

|  |
| --- |
| **WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ WRAZ Z CZASEM PRACY** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **uwaga** | | 12 |  |
| **Czas pracy (dni i godziny)** | Pt. | 11 |  |
| Czw. | 10 |  |
| **WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ** | Śr. | 9 |  |
| Wt. | 8 |  |
| Pon. | 7 |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń** | | 6 |  |
| **Kwalifikacje** | | 5 |  |
| **Nr prawa wykonyw. zawodu** | | 4 |  |
| **Imię nazwisko osoby udziel. świadczenia** | | 3 |  |
| **Zakres świadczeń** | | 2 |  |
| **Lp.** | | 1 | 1 |

………………………….……………………..

data, podpis oferenta

**CZĘŚĆ II**

**PROPONOWANE KWOTY NALEŻNOŚCI ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA**

**( z ewentualną kalkulacją kosztów) WRAZ Z PROPONOWANYM CZASEM TRWANIA UMOWY**

|  |
| --- |
| **1.** X **Stacjonarna opieka paliatywno-hospicyjna Zielona Góra X** |

pieczęć oferenta

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **UMOWY ZAWIERANE W RAMACH**  **NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA** | | | | | | |
| **TYP ŚWIADCZENIA** | **RODZAJ ŚWIADCZENIA UDZIELANEGO PRZEZ** | liczba punktów na rok | liczba punktów na miesiąc | cena punktu | kwota należności za realizację zamówienia | czas trwania umowy |
| cena porady |
| **Opieka lekarska** | Stacjonarna opieka paliatywno-hospicyjna |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |

…………………………………

data, podpis oferenta

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zatrudniam/nie zatrudniam pracowników w ramach stosunku pracy/ w ramach umowy cywilnoprawnej.

\*niepotrzebne skreślić

..…………………….…..  
(podpis oferenta)