**Załącznik nr 1 do SWKO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_r.

**OD:**

NAZWA Przyjmującego zamówienie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRES Przyjmującego zamówienie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMER telefonu i faxu Przyjmującego zamówienie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres poczty elektronicznej Przyjmującego zamówienie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko, telefon osoby do kontaktu Przyjmującego zamówienie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## OFERTA

**DLA: WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZGORZELCU**

**59-900 Zgorzelec, ul. Lubańska 11/12**

**tel. 571 334 686 fax 75 77 50 173**

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na:

udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania teleradioterapii dla pacjentów Wielospecjalistycznego Szpitala SPZOZ w Zgorzelcu

**-** oferujemy:

**1. Proporcja podziału środków (PPŚ) przekazywanych przez NFZ za zrealizowane procedury w wysokości (określona w ułamku zwykłym) – (Rozdział VII SWKO):**

**a) przez okres 3 pierwszych lat:**

**Zamawiający \_\_\_\_\_/100 (nie mniej niż 3/100)**

**Przyjmujący zamówienie \_\_\_\_\_/100 (nie więcej niż 97/100)**

**b) przez okres 22 kolejnych lat:**

**Zamawiający \_\_\_\_\_/100 (nie mniej niż 3/100)**

**Przyjmujący zamówienie \_\_\_\_\_/100 (nie więcej niż 97/100)**

**2. Adres realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**3. Osobą upoważnioną do reprezentowania firmy Przyjmującego zamówienie w niniejszym postępowaniu jest - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na podstawie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (wskazać dokument i załączyć do oferty).**

**4. Oświadczam, iż zapoznałem się z warunkami konkursu wraz z projektem umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.**

**5. Oświadczam, iż pozostanę związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.**

**6. Zobowiązuję się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego. W przypadku rezygnacji z zawarcia umowy przez Przyjmującego zamówienie, zobowiązuję się do zapłaty na rzecz Zamawiającego kary w wysokości 10 000,00zł.**

**7. Wyznaczam osobę odpowiedzialną za organizację udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem Umowy – tj. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (proszę podać imię, nazwisko, stanowisko, telefon kontaktowy, e-mail kontaktowy).**

**8. Oświadczam, iż posiadam wykwalifikowany personel (posiadający doświadczenie i wiedzę) zdolny do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania (zgodnie z Rozdziałem II, pkt 5 SWKO).**

**WYKAZ OSÓB, które będą udzielać** świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania teleradioterapii dla pacjentów Wielospecjalistycznego Szpitala SPZOZ w Zgorzelcu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe** | **informacje o podstawie do dysponowania osobami (np. umowa o pracę, umowa cywilno-prawna)** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |
| **12** |  |  |  |
| **13** |  |  |  |
| **14** |  |  |  |
| **15** |  |  |  |
| **16** |  |  |  |
| **17** |  |  |  |
| **18** |  |  |  |
| **19** |  |  |  |
| **20** |  |  |  |
| **21** |  |  |  |
| **22** |  |  |  |
| **23** |  |  |  |

**9. Oświadczam, iż posiadam sprzęt medyczny niezbędny do świadczenia usług w zakresie wskazanym w SWKO - zgodnie z aktualnie obowiązującymi wymogami NFZ i MZ (Rozdział II, pkt 7 SWKO).**

**WYKAZ SPRZĘTU, niezbędnego do udzielania** świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania teleradioterapii dla pacjentów Wielospecjalistycznego Szpitala SPZOZ w Zgorzelcu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu** | **informacje o podstawie do dysponowania sprzętem (np. własność, dzierżawa, użyczenie, leasing)** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
| **6** |  |  |
| **7** |  |  |
| **8** |  |  |
| **9** |  |  |
| **10** |  |  |

**Załączniki:**

1. **Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej albo zaświadczenie o wpisie do Krajowego Rejestru Sądowego** podmiotu, poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu. Z dokumentów tych ma wynikać także, że osoby podpisujące ofertę lub udzielające pełnomocnictw są upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta (nie starsze niż 6 miesięcy licząc od upływu terminu składania ofert)
2. **Aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**,
3. **Decyzję o nadaniu Numeru Identyfikacji Podatkowej („NIP") oraz numeru „REGON**".
4. **Potwierdzenie zawarcia wymaganej przez przepisy umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Przyjmującego zamówienie** obejmujące szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie – tj. **ubezpieczenie obowiązkowe** na kwotę, wynikającą z aktualnych przepisów prawa (obecnie: Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą) **oraz ubezpieczenie dobrowolne** na kwotę minimum 1.000.000 zł. (jeden milion złotych) albo **oświadczenie,** że przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Udzielającego zamówienia, dostarczy stosowny dokument potwierdzający fakt zawarcia i opłacenia umowy ubezpieczenia, obejmujący w pełnym zakresie przedmiot Umowy i będzie ją utrzymywał przez cały okres trwania umowy.
5. Zaakceptowany projekt umowy - stanowiący Załącznik nr 2 do Szczegółowych warunków konkursu ofert. Akceptacja projektu umowy może się odbyć albo poprzez podpisanie każdej strony umowy albo poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o „akceptacji projektu umowy";