

Warszawa, dnia.....

Państwowy Instytut Medyczny
MSWiA
ul. Wołoska 137
02 – 507 Warszawa

O F E R T A

Na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w tym pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii

Nazwisko	
Imię	
PESEL	
Nr prawa wykonywania zawodu	
Specjalizacja w dziedzinie (stopień)	
Nr dokumentu specjalizacji	
Nr wpisu do rejestru praktyk wykonywanych w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego	
NIP	
REGON	
Nr telefonu	
Adres do korespondencji	

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w tym pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii w siedzibie Udzielającego zamówienia zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, na zasadach określonych we wzorze umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz postanowieniami określonymi we wzorze umowy i je akceptuje.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie osobiście w siedzibie PIM MSWiA w Warszawie, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Dopuszcza na wniosek Udzielającego zamówienia, za zgodą obu stron, możliwość zmiany bądź rozszerzenia miejsca udzielania świadczeń oraz grupy świadczeniobiorców objętych umową.
4. Oświadcza, że spełnia warunki o których mowa w art. 18 ust. 1 pkt 1,2,4,5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, a w przypadku wykonywania działalności leczniczej jako indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej również art. 18 ust 2 pkt 2 wyżej wymienionej ustawy.
5. Posiada aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza profilaktyka / Zobowiązuje się do przedłożenia kopii orzeczenia o stanie zdrowia na dzień podpisania umowy.¹
6. Oświadcza, iż zobowiązuje się do odbycia przed rozpoczęciem realizacji umowy szkolenia wstępnego z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy organizowanego przez Udzielającego zamówienia w terminie ustalonym przez Udzielającego zamówienia, koszt szkolenia ponosi Udzielający zamówienia, a Przyjmującemu zamówienie nie przysługuje żadne wynagrodzenie za czas szkolenia.
7. Deklarowana liczba godzin wykonywania całodobowych świadczeń zdrowotnych w miesiącu:
 - a) godzin udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - b) godzin pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - c)godzin dyżurowych,

- d)procedur w przypadku pełnienia roli operatora,
- e)procedur w przypadku pełnienia roli asystenta,
- f)procedur dla pacjentów z kartą DILO w roli operatora,
- g)procedur dla pacjentów z kartą DILO w roli asystenta,
- h) punktów w przyklinicznej Poradni Neurochirurgicznej,
- i) procedur Q31,
- j) procedur Q32,
- k) procedur Q33,
- l) procedur A03 i A04,
- m) procedur A04 w przypadku pełnienia roli asystenta,
- n)procedur A25 i H55.

8. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia :

- a) wysokość ryczałtu w kwocie zł miesięcznie,
- b) wysokość stawki w kwocie..... zł za jedną godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych,
- c) wysokość stawki w kwocie..... zł za jedną godzinę dyżuru,
- d) wysokość stawki w wysokości..... % wartości procedury w przypadku pełnienia roli operatora,
- e) wysokość stawki w wysokości..... % wartości procedury w przypadku pełnienia roli asystenta,
- f) wysokość stawki w wysokości % wartości procedury pacjenta z kartą DILO w przypadku pełnienia roli operatora,
- g) wysokość stawki w wysokości % wartości procedury pacjenta z kartą DILO w przypadku pełnienia roli asystenta,
- h) wysokość stawki w wysokości% wartości jednego punktu rozliczeniowego z NFZ w Poradni,
- i) wysokość stawki w wysokości..... % wartości procedury Q31,
- j) wysokość stawki w wysokości..... % wartości procedury Q32,
- k) wysokość stawki w wysokości..... % wartości procedury Q33,
- l) wysokość stawki w wysokości..... % wartości procedury A03 i A04 po odliczeniu kosztów implantu,
- m) wysokość stawki w wysokości..... % wartości procedury A04 w przypadku pełnienia roli asystenta po odliczeniu kosztów implantów.
- n) wysokość stawki w wysokości..... % wartości procedury A25 i H55

WAŻNE!!!! W związku z wejściem w życie w dniu 12.07.2019 r. niektórych zapisów ustawy z dnia 22 listopada 2018 r o dokumentach publicznych (Dz. U z 2019 r poz.53) a w szczególności zapisu art 2 ust 1 pkt 6 w związku z art. 58 tejże Ustawy wszystkie kserokopie dokumentów publicznych kategorii I do III określonych w art 5 ust 2 w/w Ustawy i w rozporządzeniu RM w sprawie wykazu dokumentów publicznych (Dz.U z 2019 r. poz.1289) (w szczególności: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, dyplom pielęgniarki specjalisty, świadectwo dojrzałości, dyplom ukończenia studiów itp.) dołączane do ofert konkursowych nie mogą spełniać kryteriów repliki dokumentu publicznego tzn. muszą być kopiami wielkości 70%.

Osoby, które aktualnie posiadają zawarte umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w PIM MSWiA, zobowiązane są do załączenia do oferty jedynie brakujących lub nieaktualnych dokumentów, zgodnie z poniższym wykazem.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Wydruk wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – zał. nr 1
2. Wydruk wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) – zał. nr 2
3. Poświadczane kopie dokumentów: dyplom ukończenia studiów, prawo wykonywania zawodu, ukończone kursy –zał. 3a, 3b, itd.).
4. Poświadczona kopia specjalizacji z neurochirurgii - zał. nr 4

5. Opisany przebieg pracy zawodowej z uwzględnieniem nazw klinik/oddziałów, ilości lat praktyki zawodowej oraz zakresu wykonywanych zadań (CV zawodowe) - zał. nr 5
6. Kserokopia orzeczenia o stanie zdrowia lub oświadczenie złożone o przedłożeniu oświadczenia – zał. nr 6
7. Kserokopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy – zał. nr 7
8. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta.

W przypadku, kiedy po sprawdzeniu wcześniej złożonych dokumentów, stwierdzony zostanie brak któregoś z załączników i powstanie konieczność uzupełnienia powyższego wykazu dokumentów, po rozpoczęciu udzielania świadczeń, wyrażam zgodę na wstrzymanie wypłaty należnych mi środków z tytułu realizacji umowy, do czasu dostarczenia brakujących dokumentów Udzielającemu zamówienia.

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

¹ niepotrzebne skreślić ;