

FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Przedmiot konkursu:

.....

Udzielający zamówienia:

*Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
40-027 Katowice, ul. Francuska 20-24*

I. Dane Oferenta

Nazwa Oferenta

Siedziba Oferenta

NIP..... Regon Pesel*

Tel. Fax

Nr wpisu do rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej.....

.....

Osoba do kontaktu.....

Dane teleadresowe osoby do kontaktu
(jeśli taka osoba została wyznaczona) (tel.; fax; e-mail)

- II. Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert na świadczenie usług transportu sanitarnego dla *Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach*, zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO) oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie:

Pakiet nr 1

Za łączną cenę ofertową bruttosłownie.....

Wyżej wymieniona cena wynika z następującej kalkulacji:

L.p.	Rodzaj świadczonej usługi	jednostka miary	Ilość w czasie trwania umowy (36 miesięcy)	Cena jednostkowa bez VAT	VAT %	Wartość z podatkiem VAT
1	transport sanitarny z lekarzem	km	22827			
		godz.	1365			

Pakiet nr 2

Za łączną cenę ofertową bruttosłownie.....

Wyżej wymieniona cena wynika z następującej kalkulacji:

L.p.	Rodzaj świadczonej usługi	jednostka miary	Ilość w czasie trwania umowy (36 miesięcy)	Cena jednostkowa bez VAT	VAT %	Wartość z podatkiem VAT
1	transport sanitarny ze średnim personelem medycznym	km	3747			
		godz.	243			

Pakiet nr 3

Za łączną cenę ofertową bruttosłownie.....

Wyżej wymieniona cena wynika z następującej kalkulacji:

L.p.	Rodzaj świadczonej usługi	jednostka miary	Ilość w czasie trwania umowy (36 miesięcy)	Cena jednostkowa bez VAT	VAT %	Wartość z podatkiem VAT
1	Transport krwi i materiałów do badań	km	64236			
2	Transport szpiku kostnego na terenie kraju	km	92316			
3	Transport szpiku kostnego poza granicami kraju	km	5856			

III. Termin realizacji: 36 miesięcy

IV. Minimalna liczba osób jakie będą wykonywały świadczenia będące przedmiotem niniejszego konkursu wynosi:

Pakiet 1; pakiet 2.....; pakiet 3.....

V. Osoba odpowiedzialna za organizację udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu z podaniem nr telefonu (całodobowego), na który będą składane zgłoszenia:

VI. Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

VII. Oświadczam, że:

- uważam się za związanego z ofertą do upływu terminu wskazanego w szczegółowych warunkach konkursu ofert,
- z pełną starannością zapoznałem się z warunkami postępowania konkursowego oraz warunkami realizacji zamówienia określonymi w SWKO i projekcie umowy, przyjmuję je bez zastrzeżeń, a w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia,
- wszystkie składające się na ofertę dokumenty, w tym oświadczenia, przedstawiają stan prawny i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty,
- zainteresowałem się i uzyskałem wszystkie konieczne informacje, niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia będące przedmiotem konkursu.

.....
(miejscowość, data).....
(Pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

*dotyczy osób fizycznych legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie będącym przedmiotem konkursu

** zaznaczyć właściwe

.....
(pieczęćka firmowa z pełną nazwą Oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu ofert w przedmiocie: **udzielania świadczeń zdrowotnych** w zakresie: **TRANSPORT SANITARNY/transport krwi i materiałów biologicznych*** dla **Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach** oświadczam, że jestem podmiotem wymienionym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej mogącym ubiegać się o udzielenie zamówienia na w/w świadczenia zdrowotne, oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj.:

- a) dysponuję wykwalifikowanym personelem o odpowiednich kwalifikacjach i uprawnieniach zawodowych pozwalających do pełnej realizacji przedmiotu konkursu;
- b) posiadam specjalistyczne środki transportu sanitarnego, spełniające standardy higieniczne oraz cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane;
- c) posiadam w pełni sprawne i dopuszczone do użytku środki łączności stosowane do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie transportu sanitarnego zgodnie z obowiązującymi przepisami, umożliwiające realizację zamówienia w ciągu 24 godzinnego dyżuru dyspozytora;
- d) spełniam standardy Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia określone dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w dziedzinie objętej postępowaniem konkursowym, w tym wymagania NFZ dla pojazdów używanych do celów transportu sanitarnego;
- e) oświadczam, że środki transportu do wykonywania przedmiotu postępowania są w pełni sprawne i dopuszczone do użytku, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz posiadają aktualne polisy ubezpieczeniowe OC i NW.
- f) posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu postępowania konkursowego,
- g) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

- Oświadczam, że przyjmuję na siebie obowiązek poddania się kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27.08.2004 r. (Dz.U. 2004 r. nr 210 poz. 2135 z późn. zm.) w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w w/w ustawie oraz do kontroli innych uprawnionych organów i osób.
- Oświadczam, że posiadam ważną i aktualną polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej związanej z przedmiotem zamówienia oraz, że ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia.
- Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
- Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonania, świadczeń objętych zakresem postępowania konkursowego z najwyższą starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych.

*niewłaściwe skreślić

....., dnia
(miejscowość)

.....
(pieczęćka i podpis osoby Uprawnionej)