

# OFERTA DOTYCZĄCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

## 1. DANE OFERENTA

Imię i Nazwisko:

.....

Prowadząca/y działalność gospodarczą pod firmą:

.....

z siedzibą pod adresem:

.....

TELEFON: ..... e-MAIL: .....

NIP: ..... REGON: .....

Nazwa organu do Rejestru Podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz NR KSIĘGI REJESTROWEJ:

.....

NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU: .....

KWALIFIKACJE/SPECJALIZACJA (NAZWA I STOPIEŃ):

.....

Świadczenia zdrowotne będą udzielane przez ..... osobę/osoby/osób posiadających uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego, wymienionych w pkt. 4 do oferty wraz z podaniem ich kwalifikacji zawodowych oraz kserokopii dokumentów potwierdzających kwalifikacje

## 2. ZAKRES ŚWIADCZEŃ WRAZ Z OFERTĄ CENOWĄ

ZGŁASZAM OFERTĘ NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE:

| Zaznacz<br>wybór<br>X | Zakres                                                                                                                      | Deklaracja<br>minimalnego<br>wymiaru<br>świadczenia usług | Oferta cenowa                                       |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1                     | 2                                                                                                                           | 3                                                         | 4                                                   |
|                       | w zakresie rehabilitacji leczniczej w Gabinetie Rehabilitacji Zabiegowej w Sieniawie w warunkach ambulatoryjnych i domowych | wg harmonogramu:<br><br>łącznie .....<br>/ tygodniowo     | ..... % wartości katalogowej<br>pkt rozliczeniowego |
|                       | w zakresie rehabilitacji leczniczej w Gabinetie Rehabilitacji Zabiegowej w Kańczudze w warunkach ambulatoryjnych i domowych | wg harmonogramu:<br><br>łącznie .....<br>/ tygodniowo     | ..... % wartości katalogowej<br>pkt rozliczeniowego |

|  |                                                                                                                                      |                                                       |                                                     |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|  | w zakresie rehabilitacji leczniczej w Gabinetach Rehabilitacji Zabiegowej w Zarzeczcu w warunkach ambulatoryjnych i domowych         | wg harmonogramu:<br><br>łącznie .....<br>/ tygodniowo | ..... % wartości katalogowej<br>pkt rozliczeniowego |
|  | w zakresie rehabilitacji leczniczej w Gabinetach Rehabilitacji Zabiegowej w Jaworniku Polskim w warunkach ambulatoryjnych i domowych | wg harmonogramu:<br><br>łącznie .....<br>/ tygodniowo | ..... % wartości katalogowej<br>pkt rozliczeniowego |
|  | w zakresie rehabilitacji leczniczej w Zespole Rehabilitacji Domowej w warunkach domowych                                             | wg harmonogramu:<br><br>łącznie .....<br>/ tygodniowo | ..... % wartości katalogowej<br>pkt rozliczeniowego |

### 3. CZAS TRWANIA UMOWY

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W OKRESIE

OD ..... DO .....

### 4. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Informacje uzupełniające, tj. proponowany harmonogram, lista osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej oferty wraz z informacją o ich kwalifikacjach, itp.:

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

PRZEWORSK DN. ....

.....  
podpis oferenta

**Dane osób udzielających świadczenia zdrowotne wskazanych w ofercie** niezbędne do realizacji obowiązku wynikającym z art. 21 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich, tj. uzyskania przez Udzielającego Zamówienie informacji czy dane osoby dopuszczanej do udzielania świadczenia zdrowotnego pacjentom poniżej 18 r.ż. są zamieszczone w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienia o wpisie w Rejestrze:

**Nazwisko:**

**Imię:**

**Nazwisko rodowe:**

**PESEL:**

**Imię ojca:**

**Imię matki:**

**Data urodzenia:**

**Oświadczam**, że zamieszkiwałam / nie zamieszkiwałam\* w ciągu ostatnich 20 lat w państwie/państwach innych niż Rzeczpospolita Polska.

.....  
Podpis osoby wskazanej w ofercie  
do udzielania świadczeń zdrowotnych

\* *niepotrzebne skreślić* / w przypadku oświadczenia o zamieszkiwaniu w innym państwie należy dołączyć do oferty informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.

## OŚWIADCZENIA

Oświadczam ze zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert, w tym wzorem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

.....  
podpis oferenta

Oświadczam ze zapoznałem/am się z treścią Klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych oferentów SP ZOZ w Przeworsku oraz z treścią Klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych osób objętych systemem monitoringu wizyjnego SP ZOZ w Przeworsku.

.....  
podpis oferenta

Oświadczam, że zobowiązuję się do utrzymania przez cały czas obowiązywania umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia.

.....  
podpis oferenta

**ZALĄCZNIKI DO OFERTY\*:**

1. Wydruk księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą
2. Wydruk z KRS lub CEIDG

**Kserokopie**

1. prawa wykonywania zawodu
2. dyplomów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe
3. dokumentu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej
4. dokumenty potwierdzających dodatkowe uprawnienia.....
5. Zaświadczenie lekarskie z medycyny pracy potwierdzające zdolność do udzielania świadczeń zdrowotnych
6. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu Karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu Karnego oraz w ustawie z 29-07-2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.