

Warszawa, dnia

Samodzielny Zespół Publicznych
Zakładów Lecznictwa Otwartego
Warszawa-Targówek
ul. Tykocińska 34
03-545 Warszawa

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych
w ramach Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID - 19
w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego
Warszawa-Targówek

I. Dane Oferenta:

1. Pełna nazwa i siedziba Oferenta

.....
.....

2. Imię i nazwisko Oferenta

.....

3. Adres do korespondencji

.....

4. Nr telefonu

.....

5. Adres e-mail

.....

6. Nr prawa wykonywania zawodu

.....

7. Nr wpisu do rejestru OIL

.....

8. Organ dokonujący wpisu

.....

9. Nr księgi rejestrowej

.....

10. REGON

.....

11. NIP

.....

II. Przedmiot zamówienia:

Przedmiotem niniejszej oferty jest * :

1. Wykonywanie kwalifikacji do szczepień przeciw COVID – 19 w punkcie szczepień.

za cenę PLN (słownie),

dostępność:

Poniedziałek w godzinach: od do

Wtorek w godzinach: od do

Środa w godzinach: od do

Czwartek w godzinach: od do

Piątek w godzinach: od do

Sobota w godzinach: od do

Niedziela w godzinach: od do

2. Wykonywanie szczepienia przeciw COVID – 19 w punkcie szczepień.

za cenę PLN (słownie),

dostępność:

Poniedziałek w godzinach: od do

Wtorek w godzinach: od do

Środa w godzinach: od do

Czwartek w godzinach: od do

Piątek w godzinach: od do

Sobota w godzinach: od do

Niedziela w godzinach: od do

3. Wykonywanie transportu pacjenta na szczepienie przeciw COVID - 19 (stawka ryczałtowa) z miejsca zamieszkania do punktu szczepień i z powrotem.

za cenę PLN (słownie),

dostępność:

Poniedziałek w godzinach: od do

Wtorek w godzinach: od do

Środa w godzinach: od do

Czwartek w godzinach: od do

Piątek w godzinach: od do

Sobota w godzinach: od do

Niedziela w godzinach: od do

4. Wykonanie kwalifikacji i szczepienia przeciw COVID – 19, w miejscu zamieszkania pacjenta.

za cenę PLN (słownie),
dostępność:

Poniedziałek w godzinach: od do

Wtorek w godzinach: od do

Środa w godzinach: od do

Czwartek w godzinach: od do

Piątek w godzinach: od do

Sobota w godzinach: od do

Niedziela w godzinach: od do

5. Wykonanie kwalifikacji i szczepienia przeciw COVID – 19, w miejscu zamieszkania więcej niż 5 pacjentów pod jednym adresem (cena za jednego pacjenta).

za cenę PLN (słownie),
dostępność:

Poniedziałek w godzinach: od do

Wtorek w godzinach: od do

Środa w godzinach: od do

Czwartek w godzinach: od do

Piątek w godzinach: od do

Sobota w godzinach: od do

Niedziela w godzinach: od do



zgodnie z wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętym konkursem.

*** należy wypełnić tylko deklarowany do wykonywania zakres świadczeń zdrowotnych**

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem Oferent udzielać będzie w siedzibie Zamawiającego lub w miejscu zamieszkania pacjenta (nie dotyczy transportu). Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem Oferent udzielać będzie przy użyciu sprzętu należącego do Zamawiającego (nie dotyczy transportu).
3. Świadczeń zdrowotnych będzie udzielać osobiście lub w ramach prowadzonej przez siebie działalności.
4. Posiada lub osoby przez niego zatrudnione posiadają, aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną.
5. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr do nr
6. Upoważnia Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa- Targówek do kontroli świadczeń, dokumentów i przedłożonych informacji podanych w ofercie.
7. Wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (T. J. Dz. U. 2019 poz. 1781)

.....
podpis Oferenta

ZAŁĄCZNIKI:

1. Kopia wpisu do rejestru specjalistycznych indywidualnych / indywidualnych praktyk lekarskich.
2. Kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.
3. Kopia nadania numeru REGON.
4. Kopia nadania numeru NIP.
5. Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu.
6. Kopia polisy OC.
7. Zobowiązanie Podwykonawcy (druk Zamawiającego).

