

Warszawa, dnia.....

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

O F E R T A
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie rehabilitacji medycznej

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 e-mail	
Adres do korespondencji	

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej 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 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.)*
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 świadczeń zdrowotnych w miesiącu:
8. Deklarowana liczba:
 - a) porad wykonywanych w miesiącu w Poradni rehabilitacyjnej: porad,
 - b) porad wykonywanych w miesiącu w ramach opieki nad pacjentem w Oddziale Rehabilitacji Diennej: porad,
 - c) porad w poradni Badań Profilaktycznych wykonywanych w miesiącu: porad,
 - d) porad w warunkach domowych wykonywanych w miesiącu: porad.
9. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia:
 - a) wysokość stawki w kwocie zł. za jedną poradę w Poradni rehabilitacyjnej,
 - b) wysokość stawki w kwocie zł. za jedną poradę w ramach opieki nad pacjentem w Oddziale Rehabilitacji Diennej,
 - c) wysokość stawki w kwocie zł. za jedną poradę w Poradni Badań Profilaktycznych,
 - d) wysokość stawki w kwocie zł. za jedną poradę w warunkach domowych.

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 zakładzie leczniczym – *zał. nr 1*
2. Wydruk wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) – *zał. nr 2*
3. Poświadczona kopia dokumentów dotyczących, prawa wykonywania zawodu, ukończonych kursów –*zał. 3a, 3b, itd.).*
4. Poświadczona kopia dyplomu specjalizacji z rehabilitacji medycznej – *zał. nr 4*
5. Kserokopia aktualnej polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy – *zał. nr 5*
6. Aktualne zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego- *zał. nr 6*
7. Opisany przebieg pracy zawodowej z uwzględnieniem nazw klinik/oddziałów, ilości lat praktyki zawodowej oraz zakresu wykonywanych zadań (CV zawodowe) - *zał. nr 7*
8. Kserokopia orzeczenia o stanie zdrowia lekarza medycyny pracy wraz z badaniami sanitarno – epidemiologicznymi lub oświadczenie złożone o przedłożeniu orzeczenia – *zał. nr 8*
9. 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)

**-niepotrzebne skreślić*