

Załącznik nr 1 - do umowy/ załącznik nr 1 - Szczegółowe warunki konkursu ofert  
**SZPITAL DZIECIĘCY IM. PROF. DR J. BOGDANOWICZA SPZOZ**

Warszawa, ul. Niekłańska 4/24

**OFERTA CENOWA**

L.p.	Nocna i świąteczna pomoc lekarska	Wartość ryczałtu miesięcznie
1.	porada lekarska ambulatoryjna	
2.	porada lekarska udzielona w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy	
3.	porada lekarska udzielona telefonicznie	
4.	wizyta pielęgniarska ambulatoryjna	
5.	wizyta pielęgniarska udzielona w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy	
Razem (wartość ryczałtu miesięcznego x 24 miesiące)		

RADCA  
Agnieszka  
16230

## Załącznik nr 2 – Szczegółowe warunki konkursu ofert

.....

.....  
(pieczęćka oferenta)

### OŚWIADCZENIE OFERENTA

#### Oświadczam, że jako Oferent:

1. Zapoznałem/am się, ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie zgłaszam zastrzeżeń oraz akceptuję projekt umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej.
2. Oferent posiada uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi.
3. Posiadają doświadczenie w udzielaniu świadczeń nocnej i świątecznej opieki lekarskiej.
4. Posiadają potencjał umożliwiający realizację świadczeń dla populacji powyżej 100 000 pacjentów w każdym wieku tj. dorosłych i dzieci w tym również dzieci poniżej 3 roku życia.
5. Zapewniają kompleksowość udzielania świadczeń lekarskich i pielęgniarskich w warunkach ambulatoryjnych i wyjazdowych.
6. Wyrażają wolę współpracy ze szpitalem w innych dziedzinach działalności takich jak: realizacja badań diagnostycznych, kierowanie do SOR i inne.
7. Wyrażają gotowość do administrowania nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w zakresie sprawozdawczości do NFZ.
8. Oferent posiada i będzie posiadał przez cały okres obowiązywania umowy polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody spowodowane w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej objętych niniejszą umową na odpowiednią sumę gwarantowaną w odniesieniu do jednego zdarzenia.
9. Oferent spełnia wymogi sanitarno-epidemiologiczne w odniesieniu do wykonywanych świadczeń.
10. Oferent znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
11. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....  
data i podpis Oferenta

## OPIS WARUNKÓW wykonywania świadczeń zdrowotnych

1. Adres miejsca wykonywania świadczeń/ oczekiwanie zespołu wyjazdowego:

.....  
.....  
tel/fax.....

2. Personel: lekarze, pielęgniarki (liczba osób, kwalifikacje)

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

3. Aparatura i urządzenia oraz środki transportu ( ilość, typ, rodzaj, rok produkcji ):

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

4. Sposób rejestracji pacjenta:

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

5. Maksymalny okres wprowadzania danych rozliczeniowych do systemu AMMS (system informatyczny szpitala)

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

.....dnia.....

.....  
/podpis i pieczęć oferenta lub osoby  
upoważnionej/