

Załącznik do Ogłoszenia

Wójta Gminy Baboszewo z dnia 1 października 2018 r.

OFERTA

Wynajmujący: **GMINA BABOSZEWO, ul. Warszawska 9A, 09-130 Baboszewo**

Oferent:

.....

(imię i nazwisko/ pełna nazwa)

.....

(adres miejsca zamieszkania/siedziby)

.....

(tel. fax, e - mail)

.....

(NIP, REGON, PESEL)

OFERTA

Nawiązując do ogłoszenia o pisemnym przetargu ograniczonym na najem budynku Ośrodka Zdrowia w Baboszewie z przeznaczeniem na prowadzenie działalności w zakresie udzielania co najmniej podstawowych świadczeń zdrowotnych oferuję/my:

- a) Czynsz miesięczny brutto za nieruchomość -złotych brutto miesięcznie (słownie złotych:.....)
1. Deklaruję/my prowadzenie podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie minimalnym określonym przez Wynajmującego w ogłoszeniu o przetargu, w tym także świadczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej
 2. Deklaruję/my prowadzenie bezpłatnych dodatkowych specjalistycznych usług zdrowotnych pożądaných przez Wynajmującego:

- b) doświadczenie zawodowe, kwalifikacje lekarza mającego wykonywać obowiązki lekarza pierwszego kontaktu:

Zaznaczyć właściwe (poprzez wybór znakiem „X”)

0-2 lat	[]
3-5 lat	[]
powyżej 5 lat	[]

- c) rozwój specjalistycznych świadczeń zdrowotnych

Lp.	lekarze specjaliści (wpisać specjalności)	Harmonogram pracy (w godzinach/ w dniach/ w tygodniach/ miesiąc)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

- d) opieka domowa dla pacjentów obłożnie chorych oraz dla środowiska nauczani i wychowania(niewłaściwe skreślić)

TAK	NIE
------------	------------

3. Rejestracja pacjentów na określoną godzinę (niewłaściwe skreślić):

TAK	NIE
------------	------------

4. Zapewnienie świadczenia usług w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w godzinach od 8:00 do 18:00 (niewłaściwe skreślić):

TAK	NIE
------------	------------

5. Świadczenie usług w pełnym zakresie i wymiarze czasowym jako POZ (Podstawowej Opieki Zdrowotnej) - nie dopuszcza się możliwości utworzenia Filii Podstawowej Opieki Zdrowotnej w budynku Ośrodka Zdrowia w Baboszewie (niewłaściwe skreślić):

TAK	NIE
-----	-----

6. Wadium zostało wpłacone w kwocie
zwrot wadium należy przesłać na rachunek bankowy nr
.....

7. Oświadczam/my, że zapoznaliśmy się z ogłoszeniem o przetargu, jego warunkami i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy konieczną informację i wyjaśnienia do przygotowania oferty.

8. Oferta wraz z załącznikami została złożona na ponumerowanych stronach.

9. W przypadku konieczności udzielenia wyjaśnień dotyczących przedstawionej oferty prosimy o zwracanie się do:

Imię i nazwisko

tel. fax

....., dnia2018 r

Miejscowość

.....

Podpis osoby (osób) upoważnionej do
występowania w imieniu oferenta)

Załączniki:

- a) Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, jeżeli oferta składana jest przez podmiot podlegający wpisowi do KRS.
- b) CV lekarza, który wykonywał będzie obowiązki lekarza pierwszego kontaktu /zastrzeżenie: tajemnica przedsiębiorstwa/.
- c) Oświadczenie Oferenta o spełnianiu wymagań w zakresie posiadania co najmniej pięcioletniego doświadczenia w prowadzeniu działalności w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
- d) Oświadczenie lekarza pierwszego kontaktu, że w przypadku zawarcia umowy najmu podpisze umowę na świadczenie usług z Najemcą.
- e) Oświadczenie Oferenta, że podpisze umowę o świadczenie usług z lekarzem Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ).
- f) Oświadczenie Oferenta, że do dnia 17 października 2018 r. wypełni wszelkie procedury rejestrowe wymagane do prawidłowego funkcjonowania podmiotu leczniczego (POZ).
- g) Szczegółowa informacja o sposobie zapewnienia co najmniej podstawowej opieki zdrowotnej.
- h) Szczegółowa informacja o sposobie zapewnienia innych świadczeń z zakresu ochrony zdrowia.