

## Oferta

Wynajmujący : Gmina Jonkowo, ul. Klonowa 2, 11-042 Jonkowo

Oferent

.....

(imię , nazwisko/pełna nazwa)

.....

( adres miejsca zamieszkania/siedziba)

.....

( nr tel., fax, e-mail)

.....

(NIP, REGON , PESEL)

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

1. Czynsz miesięczny netto ..... złotych miesięcznie ( słownie złotych: .....),
2. Deklaruję/my udzielanie gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie :
  - ośrodek zdrowia czynny codziennie od poniedziałku do piątku od godz. 8:00 do godz. 18:00
  - udzielający codziennie świadczeń POZ ( lekarz rodzinny) oraz punkt pobrań,
  - świadczenia pielęgniarki środowiskowo- rodzinnej i położnej.
3. Deklaruję/my opiekę w miejscu zamieszkania pacjenta , którego stan zdrowia uniemożliwia opiekę ambulatoryjną.
4. Deklaruję/my informowanie świadczeniobiorców o zasadach i organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej , o której mowa w art. 5 pkt 17a ustawy o świadczeniach

oraz o okolicznościach , w których deklaracja wyboru traci ważność, w szczególności przez umieszczenia , w sposób widoczny i ogólnodostępny , informacji w miejscu udzielania świadczeń i w siedzibie świadczeniobiorcy.

5. Doświadczenia zawodowe oferenta w świadczeniu usług medycznych:

Zaznaczyć właściwe ( poprzez wybór znakiem „X”

|                      |     |
|----------------------|-----|
| 0-5 lat              | [ ] |
| Powyżej 5 lat-10 lat | [ ] |
| Powyżej 10 lat       | [ ] |

6. Deklaruję/my prowadzenie bezpłatnych dodatkowych specjalistycznych usług zdrowotnych pożądaných przez Wynajmującego :

| L.P. | Lekarze specjaliści<br>(wpisać specjalność) | Harmonogram pracy (w godz./ w dniach/<br>w tygodniach/w miesiącach) |
|------|---|---|
| 1.   |   |   |
| 2.   |   |   |
| 3.   |   |   |
| 4.   |   |   |
| 5.   |   |   |
| 6.   |   |   |

7. Praca punktu poboru krwi

Zaznaczyć właściwe ( poprzez wybór znakiem „X”)

|  |     |
|--|-----|
| Punkt poboru krwi czynny 2-3 razy w tygodniu | [ ] |
| Punkt poboru krwi czynny 4 razy w tygodniu   | [ ] |
| Punkt poboru krwi czynny 5 razy w tygodniu   | [ ] |

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

|     |     |
|-----|-----|
| TAK | NIE |
|-----|-----|

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

|     |     |
|-----|-----|
| TAK | NIE |
|-----|-----|

10. Świadczenie usług w pełnym zakresie i wymiarze czasowym jako POZ( niewłaściwe skreślić):

|     |     |
|-----|-----|
| TAK | NIE |
|-----|-----|

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

.....

12. 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.

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

14. W przypadku konieczności udzielania wyjaśnień dotyczących przedstawionej oferty prosimy o zwracanie się do :

Imię i nazwisko .....

tel. ....e-mail.....

....., dnia .....2022r.

miejsowość

.....

podpis oferenta / osoby(osób)

upoważnionej do występowania w imieniu oferenta

### **Załączniki :**

1. Oświadczenie , że oferent zapoznał się z zasadami obowiązującymi przy składaniu ofert oraz warunkami przetargu , akceptuje je i przyjmuje bez zastrzeżeń.;
2. Oświadczenie oferenta o spełnianiu wymagań w zakresie posiadania uprawnień w prowadzeniu działalności w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
3. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu ze stanem technicznych pomieszczeń lokalu użytkowego i przyjmuje je bez zastrzeżeń;
4. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego , jeżeli oferta składana jest przez podmiot podlegający wpisowi do KRS, w pozostałych przypadkach wpis do właściwych ewidencji i rejestru ( dopuszczalne jest złożenie kserokopii poświadczonych rzez oferenta);
5. Szczegółowa pisemna informacja o sposobie zapewniania, co najmniej podstawowej opieki zdrowotnej;
6. Szczegółowa informacja o sposobie zapewnienia innych świadczeń z zakresu ochrony zdrowia, w tym świadczeń specjalistycznych i ich rodzaju i opieki domowej ( osoby obłożenie i przewlekle chore);
7. Oświadczenie oferenta, że podpisze umowę o świadczenie usług z lekarzem POZ;
8. Oświadczenie oferenta , że do dnia 31 października 2022r. wypełni wszelkie procedury rejestrowe wymagane do prawidłowego funkcjonowania podmiotu leczniczego (POZ);
9. Szczegółowa informacja o sposobie zapewnienia innych świadczeń z zakresu ochrony zdrowia;
10. Dowód wpłaty wadium ( kserokopia);
11. W przypadku osoby reprezentującej oferenta :
  - Upoważnienie ( pełnomocnictwo ) do popisania i złożenia oferty w oryginale lub kopii potwierdzonej z oryginałem stosownie do przepisów ustawy z dnia 14 lutego 1991 r. – Prawo o notariacie (t.j. Dz.U. z 2020r. poz. 1192 z późn . zm.) lub
  - Kopia dokumentu ( innego niż pełnomocnictwo). Kopia ta powinna być potwierdzona ze zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do reprezentowania oferenta. Poświadczenie za zgodność z oryginałem winno być sporządzone w sposób umożliwiający identyfikację podpisu.