

**OGŁOSZENIE Z DNIA 08GRUDNIA 2011 ROKU
O KONKURSIE OFERT WRAZ Z ZAPROSZENIEM DO ICH SKŁADANIA
NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

Na podstawie Art. 26 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz.U.11.112.654) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000042462, reprezentowany przez: Dyrektora: Jacka Dutkiewicza ogłasza konkurs ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz zaprasza do składania ofert i uczestniczenia w konkursie ofert poprzedzającym zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w:

rodzaju : udzielanie świadczeń zdrowotnych

w zakresie: telemedycyny - kardiologii

Oferty mogą składać podmioty wykonujące działalność leczniczą lub osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych, spełniające wymagania:

- oferenci winni dysponować kadrą medyczną, wyposażeniem w aparaturę medyczną i sprzęt oraz materiałami gwarantującymi świadczenia medyczne na najwyższym, możliwym do osiągnięcia poziomie, nie niższym od obowiązujących w danym czasie standardów.

Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych: 01.01.2012 roku.

Okres obowiązywania umowy od 01.01.2012 do 31.12.2013 roku.

Kryteria oceny ofert:

- wyposażenie w sprzęt i aparaturę oferenta,
- zasoby kadrowe,
- cena – zaproponowana przez oferenta lub stanowiąca końcowy wynik negocjacji.

Miejsce i termin, w którym można się zapoznać ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu, jak również miejsce, w którym można otrzymać obowiązujące formularze oferty: SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38. Kontakt telefoniczny możliwy pod numerem telefonu: (32) 245-50-41 wew. 209, od poniedziałku do piątku od 07.30 – 15.00.

Miejsce składania ofert: SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38.

Termin składania ofert: do 14 grudnia 2011 r. do godziny 15.00.

Miejsce rozstrzygnięcia konkursu: SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38.

Termin rozstrzygnięcia konkursu: 15 grudnia 2011 r.

Miejsce ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: strona internetowa SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach (www.zoz.net.pl).

Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: 16 grudnia 2011 r.

Termin związania ofertą: 30 dni od upływu terminu składania ofert.

Ogłaszający konkurs zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert.

**Ogłaszający konkurs dopuszcza składanie ofert
wyłącznie na formularzu udostępnionym w siedzibie ogłaszającego konkurs lub na stronie www.zoz.net.pl**

**Dyrektora
Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Świętochłowicach
Jacek Dutkiewicz**

OFERTA

W KONKURSIE NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

Niniejsza oferta jest składana w odpowiedzi na konkurs ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych ogłoszony w dniu 08 grudnia 2011 roku przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000042462.

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.11.112.654 z późn. zm.).

Złożenie oferty: SPZOK Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38

1. **Data złożenia oferty:**2011 roku.
2. Składając niniejszą ofertę oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
3. **Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:**.....
.....

Dane oferenta	
	Nazwa i siedziba podmiotu / imię i nazwisko osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych: Adres: Numer wpisu do właściwego rejestru:..... Organ dokonujący wpisu do rejestru:.....

Oferta jest składana na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju:

Proponowany czas trwania umowy:	Od dnia	Do dnia
Podpis i pieczęć oferenta		
Podpis i pieczęć ogłaszającego		

Dane Oferenta:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

OŚWIADCZENIE OFERENTA O WPISACH DO REJESTRÓW

1. Niniejszym oświadczam, że jako Oferent jestem:

- podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
prowadzonego przez,
pod numerem,
- praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
prowadzonego przez,
pod numerem,
- osobą fizyczną inną niż wymienione powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.

2. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do*:

- Krajowego Rejestru Sądowego
pod numerem
- nie dotyczy

3. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do*:

- Ewidencji Działalności Gospodarczej,
prowadzonej przez,
pod numerem
- Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- nie dotyczy

Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta, oraz odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 193 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm).

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęćka, podpis)

*właściwe zaznaczyć

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

imię i nazwisko	
tytuł	
Stan cywilny	
imię ojca	
nr prawa wykonywania zawodu, data wydania, organ wydający	
specjalizacja – nazwa, stopień, data uzyskania, nr dyplomu	
adres	
tel. kontaktowy	
PESEL	
nazwa i adres działalności gospodarczej	
NIP	
REGON	
nr wpisu do rejestru, organ rejestrujący	
przebieg pracy zawodowej	
dodatkowe umiejętności, np. kursy, szkolenia itp.	

Oświadczam, że podane wyżej dane są prawdziwe.

.....
(podpis oferenta)