



190 lat
Szpitala Klinicznego
Przemienienia Pańskiego

SZPITAL TRADYCYJNY I INNOWACYJNY

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Długa 1/ 2, 61-848 Poznań

tel. centrala: 61 854 90 00, tel. sekretariat: 61 854 91 21

fax. 61 852 94 72

Załącznik nr 1 - Warunki udziału w Konkursie

W postępowaniu konkursowym mogą wziąć udział Przyjmujący Zamówienie, którzy spełniają łącznie następujące warunki (niewypełnienie tych warunków spowoduje odrzucenie oferty):

Przez lekarza specjalistę w dziedzinie hipertensjologii w Poradni Nadciśnienia Tętniczego wraz z wykonywaniem badań echokardiograficznych:

1. Są podmiotami wymienionymi w art. 26 ust 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2011.112.654.)
2. Są uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, w szczególności są zarejestrowani we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP,
3. Posiada aktualne ubezpieczenie OC, o którym mowa w art. 25 ust.1 punkt 1 ustawy o działalności leczniczej (DZ. U. 112.654.2011) albo zawrą umowę takiego ubezpieczenia najpóźniej z dniem zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne objęte niniejszym konkursem.
a. Oraz:
4. Posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie hipertensjologii oraz tytuł specjalisty w dziedzinie kardiologii lub posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie hipertensjologii oraz są w trakcie specjalizacji w dziedzinie kardiologii.
5. Posiadają umiejętności i uprawnienia do wykonywania badań echokardiograficznych, potwierdzone odpowiednimi dokumentami wymaganymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
6. Zadeklarują udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Nadciśnienia Tętniczego zgodnie z potrzebami Udzielającego Zamówienie.

Przez Lekarza specjalistę w dziedzinie angiologii w Poradni Chorób Naczyń.

1. Są podmiotami wymienionymi w art. 26 ust 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2011.112.654.)
2. Są uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, w szczególności są zarejestrowani we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP,
3. Posiada aktualne ubezpieczenie OC, o którym mowa w art. 25 ust.1 punkt 1 ustawy o działalności leczniczej (DZ. U. 112.654.2011) albo zawrą umowę takiego ubezpieczenia najpóźniej z dniem zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne objęte niniejszym konkursem.
a. Oraz:
4. Posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie angiologii oraz tytuł specjalisty w dziedzinie hipertensjologii lub tytuł specjalisty w dziedzinie angiologii i są w trakcie specjalizacji w dziedzinie hipertensjologii,
5. Zadeklarują udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chorób Naczyń, zgodnie z potrzebami Udzielającego Zamówienie.

zatwierdzam

Poznań, dnia 18.06.2013

Dyrektor
Dyrektor Szpitala

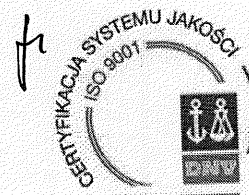
lek. med. Jan Talaga

SALUS AEGROTI, EDUCATIO, SCIENTIA

www.skpp.edu.pl, e-mail: szpital@skpp.edu.pl

NIP 778-13-43-588, REGON 000288828, KRS 0000001853

nasze obiekty: ul. Długa 1/2, ul. Szamarzewskiego 82/84, Osiedle Rusa 25a





190 lat
Szpitala Klinicznego
Przemienienia Pańskiego

SZPITAL TRADYCYJNY I INNOWACYJNY

Szpital Kliniczny *Przemienienia Pańskiego*
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Długa 1/ 2, 61-848 Poznań
tel. centrala: 61 854 90 00, tel. sekretariat: 61 854 91 21
fax. 61 852 94 72

Załącznik nr 2

....., dnia

FORMULARZ CENOWY (część pierwsza)

Nazwa (imię i nazwisko, firma), siedziba i adres przyjmującego zamówienie:

.....
.....

Nr telefonu / Nr faxu

Adres e-mail.....

Odpowiadając na ogłoszone postępowanie konkursowe dotyczące świadczeń zdrowotnych udzielanych przez:

Oferuję następujące warunki cenowe:

Wynagrodzenie w wysokościwartości każdej udzielonej porady

Inne warunki:

1.
2.
3.

Ponadto deklaruje.....

Data i podpis i pieczęć przyjmującego zamówienie

SALUS AEGROTI, EDUCATIO, SCIENTIA

www.skpp.edu.pl, e-mail: szpital@skpp.edu.pl

NIP 778-13-43-588, REGON 000288828, KRS 0000001853

nasze obiekty: ul. Długa 1/2, ul. Szamarzewskiego 82/84, Osiedle Rusa 25a



FORMULARZ OFERTY (CZĘŚĆ 2)

Nazwa (imię i nazwisko, firma), siedziba i adres przyjmującego zamówienie:

.....
.....

Nr telefonu / Nr faxu

**Odpowiadając na ogłoszone postępowanie konkursowe dotyczące świadczeń
zdrowotnych w zakresie usług medycznych**

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z warunkami udzielenia zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia, zawartymi w dokumentacji konkursowej i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oferuję realizację przedmiotowych świadczeń z cenami określonymi w „Formularzu cenowym”.
3. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
4. Informuję, iż uważam się za związanego/ą niniejszą ofertą w okresie wskazanym w dokumentacji konkursowej.
5. Wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu konkursowym oświadczenia składam ze świadomością odpowiedzialności cywilnej i karnej za bezprawne działania czynione w celu pozyskania zamówienia.

Data i podpis przyjmującego zamówienie

h