

ZMIANA OGŁOSZENIA

o postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu ofert dotyczącym udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie:

Część 1: świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Część 2: świadczeń lekarza pediatry w gabinecie podstawowej opieki zdrowotnej.

na rzecz Miejskiego Centrum Medycznego „Polesie” w Łodzi

nr referencyjny postępowania:

KO / 1 / 2024 r.

Na podstawie Rozdziału VIII pkt 3 litera d) Ogłoszenia o postępowaniu, Miejskie Centrum Medyczne „Polesie” w Łodzi niniejszym dokonuje zmiany załącznika nr 1 - *FORMULARZ OFERTOWY* :

Niniejszym wykreśla się załącznik nr 1 - FORMULARZ OFERTOWY załączony do ogłoszenia o postępowaniu

a w to miejsce wprowadza się załącznik nr 1- FORMULARZ OFERTOWY o treści załączonej do niniejszej ZMIANY OGŁOSZENIA.

Łódź, dnia 04.11.2024 r.

Dyrektor
Miejskiego Centrum Medycznego
„Polesie” w Łodzi
Marcin Kos

.....

FORMULARZ OFERTOWY

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **podstawowej opieki zdrowotnej** - nr referencyjny postępowania: KO/1/2024 r. prowadzonym przez Miejskie Centrum Medyczne „Polesie” w Łodzi

Oferta dotyczy realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie:

Część 1: świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. *

Część 2: świadczeń lekarza pediatry w gabinecie podstawowej opieki zdrowotnej. *

**niepotrzebne skreślić*

Dane identyfikacyjne Oferenta zgodnie z właściwymi ewidencjami lub rejestrami w tym odpowiednio: imię i nazwisko (nazwę i siedzibę), adres zamieszkania.

.....
.....

Nr telefonu Adres e-mail

Nr NIP..... Nr REGON.....

1. Niniejszym zgłaszam gotowość udzielania świadczeń zdrowotnych określonych powyżej, zgodnie z treścią ogłoszenia o postępowaniu nr referencyjny postępowania KO/1/2024 r. w cenie

..... **zł/h**

niniejszym oferuję realizację świadczeń dni w tygodniu po godzin. *

** należy wpisać oferowaną ilość dni w tygodniu oraz ilość godzin realizacji świadczeń (patrz Rozdział XVIII pkt 3 litera b) ogłoszenia)*

2. Oświadczam, że:

- ✓ odbyłam/em staż podyplomowy i nie posiadam doświadczenia zawodowego,
- ✓ odbyłam/em staż podyplomowy i posiadam doświadczenie zawodowe powyżej dwóch lat,

** wypełniają lekarze, o których mowa w Rozdziale X litera a) oraz b) ogłoszenia o postępowaniu – zapis nieodpowiadający stanowi faktycznemu należy wykreślić i zaparafować.*

3. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia o postępowaniu i przedmiocie konkursu i nie wnoszę zastrzeżeń oraz uzyskałam/łem wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty.

4. Oświadczam, że spełniam niezbędne warunki w zakresie wymaganych kwalifikacji.

5. Oświadczam, że kopie dokumentów, o których mowa w Rozdziale XI punkt 1, podpunkty 3), 4) oraz 5) ogłoszenia o postępowaniu, znajdują się w posiadaniu M.C.M. „Polesie” w Łodzi, a ich stan prawny i faktyczny nie uległ zmianie i jest aktualny na dzień składania ofert *

** w przeciwnym wypadku punkt należy wykreślić, zaparafować i dołączyć określone dokumenty.*

6. Oświadczam, że jestem związana/y niniejszą ofertą przez okres 30 od dnia składania ofert.

7. Oświadczam, że nie mam zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o wykonywanie świadczeń określonych składaną ofertą.
8. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 4 do ogłoszenia o postępowaniu i akceptuję je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
9. Oświadczam, że zobowiązuję się do wypełniania swoich obowiązków, zgodnie ze sposobem organizacji oraz harmonogramem czasu realizacji świadczeń uzgodnionym z Udzielającym Zamówienia.
10. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty, w dniu podpisania umowy dostarczę aktualny dokument wskazane w Rozdziale XI pkt 2 ogłoszenia o postępowaniu.
11. Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.

.....
Data i Podpis Oferenta

Załącznikami do oferty są:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)