

Zapytanie ofertowe

W związku z realizacją przez Wrocławskie Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza i zakresie rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku /oddziale dziennym , zwracam się z prośbą o przedstawienie oferty udzielanie świadczeń zdrowotnych nieinwazyjnej diagnostyki i porad lekarskich w zakresie neurologii dziecięcej w warunkach ambulatoryjnych dzieciom z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku dziennym przez specjalistę z tytułem neurologa dziecięcego.

Zamawiający – Udzielający zamówienie:

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ,
53- 208 Wrocław, ul. Podróżnicza 26/28, tel. 71/39-11-750, fax. 71/ 336-00-01

Opis przedmiotu zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych:

- nieinwazyjna diagnostyka oraz porady lekarskie w zakresie neurologii dziecięcej udzielane dzieciom z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku dziennym Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ.

Szczegółowe warunki zamówienia:

Miejsce realizacji zlecenia :

- Ośrodek Dziecięcych Porażań Mózgowych „Puchatek” ul. Stalowa 50 we Wrocławiu,

Termin realizacji zlecenia (przedmiotu zamówienia) :

01.04. 2019r. do 31.12.2021r.

Tygodniowy czas udzielania świadczeń:

15 godzin tygodniowo.

Warunki jakie musi spełniać Zleceniobiorca- Przyjmujący zamówienie:

- lekarz specjalista w dziedzinie neurologii dziecięcej.

Wraz z formularzem ofertowym należy dołączyć wymagane dokumenty:

- 1) Kopie dokumentów stwierdzających posiadanie wymaganych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:
 - kopię dyplomu ukończenia uczelni medycznej,
 - kopię prawa wykonywania zawodu
 - kopię dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu
 - kopię orzeczenia o stanie zdrowia wydane przez lekarza medycyny pracy lub oświadczenie o dostarczeniu takiego dokumentu w dniu rozpoczęcia udzielania świadczeń
 - kopię orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych lub oświadczenie o dostarczeniu takiego dokumentu w dniu rozpoczęcia udzielania świadczeń

R

- kopię polisy OC lub oświadczenie o zobowiązaniu się do jej przedłożenia przy podpisywaniu umowy z Udzielającym zamówienia
- 2) W przypadku lekarzy prowadzących działalność gospodarczą:
- w przypadku lekarzy kopię zezwolenia na wykonywanie indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej
 - kopię zaświadczenia o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
 - kopię dokumentu potwierdzającego uzyskanie nr NIP lub wydruk CEDIG
 - kopię dokumentu potwierdzającego uzyskanie nr REGON lub wydruk CEIDG

Oferty w formie pisemnej na druku formularza ofertowego wraz z załącznikami należy umieścić w zamkniętej i zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisem:

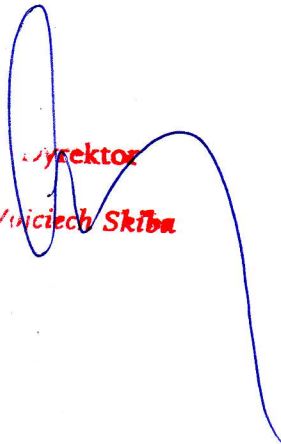
OFERTA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE
w rodzaju: REHABILITACJA LECZNICZA
w zakresie: REHABILITACJA DZIECI Z ZABURZENIAMI WIEKU ROZWOJOWEGO
W OŚRODKU/ ODDZIALE DZIENNYM
WROCŁAWSKIEGO CENTRUM ZDROWIA SP ZOZ
OFERENT:

.....
.....
.....
(należy podać pełną nazwę adres siedziby Oferenta)

Miejsce i czas złożenia oferty: Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróżnicza 26/28 53-208 Wrocław, pokój nr 106 w godzinach 8.00-15.00. oferty przyjmowane są do 28 marca 2019 do godziny 9:00

Załącznik:

- Formularz ofertowy
- Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia
- Wzór umowy


 Dyrektor
Wojciech Skiba