**FORMULARZ OFERTY**

**Dane Oferenta:**

Nazwa (firma) /Imię i nazwisko: ...............................................................................................................

Siedziba/m-ce zam.: …………………………………………………………................................................ kod....................................ul. ..............................................................................................................

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres siedziby): ....................................... kod.................... ul.............................................................

Województwo:....................................nr telefonu/fa x……….…………......................................................

http:// ..................................................... e-mail: .......................................................................................

NIP:……………..……………………………………… REGON: ……………………..………………………..

Osoba upoważniona do kontaktów:.............................................................tel. ........................................

**Dane Udzielającego Zamówienia:**

**Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.**

**ul. Kościuszki 28**

**09-402 Płock**

**Przedmiot oferty**

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: *(proszę wybrać zadanie przez oznaczenie go „X”):*

** Zadanie 1**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza stomatologa w Poradni stomatologicznej
w wymiarze nie większym niż 130 godzin miesięcznie- 1 osoba

** Zadanie 2**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza stomatologa w Poradni stomatologicznej
w wymiarze nie większym niż 43 godzin miesięcznie - 1 osoba

** Zadanie 3**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarki anestezjologicznej w wymiarze maksymalnie 60 godzin miesięcznie - 1 osoba

** Zadanie 4**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarskich w Oddziale Psychiatrycznym
 w wymiarze maksymalnie 96 godzin miesięcznie - 1 osoba

** Zadanie 5**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Dziennym Oddziale Psychiatrycznym w wymiarze maksymalnie 100 godzin miesięcznie - 1 osoba

** Zadanie 6**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Płockim Zakładzie Opieki Zdrowotnej
Sp. z o.o., w tym pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziale Psychiatrycznym i Izbie Przyjęć
w wymiarze maksymalnie **210** godzin/miesiąc,, świadczenie usług zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Poradni zdrowia psychicznego w wymiarze maksymalnie 1200 pkt. w miesiącu.- 1 osoba

** Zadanie 7**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Płockim Zakładzie Opieki Zdrowotnej
Sp. z o.o., w tym pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziale Psychiatrycznym i Izbie Przyjęć
w wymiarze maksymalnie **210** godzin/miesiąc, opieka lekarska w trakcie transportu medycznego świadczonego przez podwykonawcę w godzinach 7.00-15.00 pacjentów z oddziałów na których świadczenia realizuje Przyjmujący Zamówienie lub z innego oddziału za zgodą Przyjmującego Zamówienie, z wyłączeniem przypadków bezpośredniego zagrożenia życia. - 1 osoba

** Zadanie 8**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, w tym pełnienie dyżurów lekarskich, świadczenie usług zdrowotnych w Poradni Ginekologiczno Położniczej w wymiarze – nie więcej niż 150 pkt/miesiąc, a także dyżury pod telefonem. Wszystkie świadczenia w wymiarze do 160 godz./ miesiąc (1 osoba).

** Zadanie 9**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w Zakładzie Medycyny Szkolnej w wymiarze maksymalnie 90 godzin miesięcznie/ osobę - 2 osoby

** Zadanie 10**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarskich w Oddziale Psychiatrycznym
 w wymiarze maksymalnie 144 godzin miesięcznie - 1 osoba

**Oferowana cena**

Oferowane wynagrodzenie wynosi:

**Zadania 1-5, 9,10**

……………………. zł (słownie:……………………………………………………..) brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń

**Zadanie nr 6**

* za 1 godzinę udzielania świadczeń - ……………………………………………………… zł brutto

(słownie: ……………………………………………………………..)

* za 1 pkt udzielania świadczeń - ……………………………………………………… zł brutto

(słownie: ……………………………………………………………..)

**Zadanie nr 7**

* za 1 godzinę udzielania świadczeń - ……………………………………………………… zł brutto

**(słownie: ……………………………………………………………..)**

* za opiekę podczas transportu medycznego

- zwykły transport medyczny - …………………. zł brutto (słownie:……………………………………. )

- transport medyczny z pacjentem COVID – 19 do 50 km - ……….. zł brutto ( słownie: …………….)

- transport medyczny z pacjentem COVID – 19 powyżej 50 km - ……….. zł brutto ( słownie: ………………………………………………………………..)

- transport medyczny z pacjentem COVID – 19 pod respiratorem - ……….. zł brutto ( słownie: ………………………………………………………………..….)

**Zadanie 9**

* za 1 godzinę udzielania świadczeń - ……………………………………………………… zł brutto

(słownie: ……………………………………………………………..)

* za 1 pkt udzielania świadczeń - ……………………………………………………… zł brutto

(słownie: ……………………………………………………………..)

……………………. zł (słownie:……………………………………………………..) brutto za 1 dyżur pod telefonem

Oferent oświadcza, iż:

1. zapoznał się z ogłoszeniem o konkursie, a także z projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń do ich treści,
2. zapoznał się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty,
3. akceptuje załączony wzór umowy i w razie wyboru jego oferty zobowiązuje się do podpisania umowy na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. spełnia wszystkie warunki stawiane w ogłoszeniu,
5. wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
6. gwarantuje ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty,
7. uważa się za związanego ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert,
8. uwzględnił w cenie jednostkowej brutto wszystkie koszty niezbędne do realizacji świadczenia zdrowotnego,
9. nie ma podpisanego kontraktu z NFZ na prowadzenie prywatnej praktyki - w przypadku posiadania prywatnej praktyki,
10. nie ciąży na nim wyrok Sądów Powszechnych ani Sądów Lekarskich i nie toczy się przeciwko niemu żadne postępowanie przygotowawcze w zakresie prawa wykonywania zawodu lekarza
11. nie została z nim rozwiązana umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Oferenta przez oddział wojewódzki NFZ.
12. **Załączniki**
13. kopia prawa wykonywania zawodu\*
14. kopia dokumentu potwierdzającego wpis do właściwego rejestru praktyk lekarskich lub pielęgniarskich \*
15. kopie dokumentów potwierdzających posiadanie uprawnień do przetaczania krwi
16. kopie dokumentów potwierdzających uzyskanie specjalizacji z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego lub kopie dokumentów potwierdzających ukończenie kursu kwalifikacyjnego
z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego
17. kopia aktualnego wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (wydruk ze strony https://ekrs.ms.gov.pl/web nie starszy niż 1 miesiąc licząc od daty złożenia oferty) lub Centralnej Ewidencji Informacji o Działalności Gospodarczej (wydruk ze strony [www.ceidg.gov.pl](http://www.ceidg.gov.pl/) nie starszy niż 1 miesiąc licząc od daty złożenia oferty)
18. aktualna umowę ubezpieczenia OC lub pisemne zobowiązanie do zawarcia takiego ubezpieczenia i przedłożenia w chwili podpisywania  umowy.
19. aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych lub pisemne zobowiązanie  do przedłożenia ww. w chwili podpisywania umowy.
20. aktualne zaświadczenie o przeszkoleniu bhp, a w przypadku wykonywania usług  w narażeniu na działanie pola elektromagnetycznego aktualnego zaświadczenie o szkoleniu BHP w zakresie obsługi urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne (tzw. w.cz.), lub pisemne zobowiązanie do przedłożenia ww w chwili podpisywania  umowy

*\*skreślić jeżeli nie dotyczy*

…………………………………………….

Miejscowość i data

 ………………………………………………………….

Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta