**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 nr 1**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie pediatrii – 5 dyżurów medycznych wg harmonogramu, w wymiarze maksymalnie 140 godzin miesięcznie oraz wykonywanie badań echo serca (1 osoba)

** Zadanie nr 2**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie pediatrii – 5 dyżurów medycznych wg harmonogramu, w wymiarze maksymalnie 140 godzin miesięcznie (1 osoba)

** Zadanie 3**

Świadczenie usług zdrowotnych przez lekarza pediatrę w zakresie pełnienia dyżurów medycznych na Oddziale Pediatrii w wymiarze maksymalnie 6 dyżurów miesięcznie - 1 osoba

** Zadanie 4**

Świadczenie usług zdrowotnych przez lekarza w zakresie pediatrii – 4 dyżury medyczne w miesiącu wg harmonogramu - 1 osoba

**Oferowana cena**

Oferowane wynagrodzenie wynosi:

1. za 1 godzinę udzielania świadczeń w czasie dyżuru medycznego

……………………… zł brutto (słownie: ……………………………………………………………..)

**b)** za 1 badanie echo serca ……………………… zł brutto (słownie: …………………………………..) (dotyczy zadania nr 1)

**Oświadczenia Oferenta:**

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. na prowadzenie prywatnej praktyki nie ma podpisanego kontraktu z NFZ - 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.

**Załączniki**

1. Kopia prawa wykonywania zawodu
2. Kopię dokumentów potwierdzających uzyskanie specjalizacji
3. Kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy
4. Kopia dokumentu potwierdzającego wpis do właściwego rejestru praktyk lekarskich
5. Zaświadczenie od lekarza profilaktyka o zdolności do pracy
6. Dokument potwierdzający odbycie szkolenia okresowego z zakresu bhp
7. Odpis aktualny z właściwego rejestru KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności

gospodarczej wydane nie wcześniej niż 6 miesięcy przed terminem składania ofert\*

*\* skreślić jeżeli nie dotyczy*

............................................................................

Miejscowość i data

………………………………………………………….

Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta