**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**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie neonatologii w Oddziale Neonatologii – 5 dni   
w tygodniu, poniedziałek-piątek, w tym Poradnia Neonatologiczna oraz dyżury medyczne, maksymalny czas pracy 300 h w miesiącu oraz wykonywanie badań USG przezciemiączkowych wg harmonogramu (1 osoba)

**Zadanie 2**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie neonatologii w Oddziale Neonatologii oraz   
w Poradni Neonatologicznej – wg harmonogramu oraz dyżury medyczne, maksymalny czas pracy 150 h w miesiącu (1 osoba)

**Zadanie 3**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie neonatologii, maksymalny czas pracy 72 h w miesiącu (2 osoby)

** Zadanie nr 4**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie neonatologii, maksymalny czas pracy 120 h w miesiącu (1 osoba)

** Zadanie nr 5**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie neonatologii w Oddziale Neonatologii wg harmonogramu, w tym świadczenie usług w Poradni Neonatologicznej w sytuacjach nieprzewidzianego braku personelu maksymalny czas pracy 280 h w miesiącu (1 osoba)

** Zadanie nr 6**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie neonatologii, maksymalny czas pracy 120 h w miesiącu (1 osoba)

** Zadanie nr 7**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie neonatologii, maksymalny czas pracy 96 h w miesiącu (2 osoby)

** Zadanie nr 8**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie psychoterapeuty na rzecz pacjentów Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Poradni Zdrowia Psychicznego w wymiarze nie przekraczającym 700 pkt miesięcznie - 1 osoba

** Zadanie nr 9**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie psychologa i terapeuty uzależnień na rzecz pacjentów Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o oraz w Poradni Leczenia Uzależnień w wymiarze nie przekraczającym 80 godzin w Dziennym Oddziale Psychiatrycznym oraz 1000 pkt miesięcznie w Poradni Leczenia Uzależnień.

**Oferowana cena**

Oferowane wynagrodzenie wynosi:

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

……………………. zł (słownie:……………………………………………………..) brutto za 1 pkt udzielania świadczeń (dotyczy Zadania nr 8,9)

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.

**Załączniki**

1. wypełniony i podpisany formularz oferty,
2. kopię prawa wykonywania zawodu\*,
3. kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia
4. kopię 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)
5. aktualną umowę ubezpieczenia OC lub pisemne zobowiązanie do zawarcia takiego ubezpieczenia i przedłożenia w chwili podpisywania  umowy.
6. aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych lub pisemne zobowiązanie  do przedłożenia ww. w chwili podpisywania umowy.
7. 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