**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 przez lekarza w zakresie pediatrii – 4 dyżury medyczne w miesiącu wg harmonogramu - 1 osoba

** Zadanie nr 2**

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 220 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 , świadczenie usług zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Poradni zdrowia psychicznego w wymiarze maksymalnie 1000 pkt. w miesiącu.- 1 osoba.

** Zadanie 3**

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 220 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 , świadczenie usług zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Poradni zdrowia psychicznego w wymiarze maksymalnie 1200 pkt. w miesiącu.- 1 osoba.

** Zadanie 4**

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 192 godzin/miesiąc -1 osoba.

** Zadanie 5**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej
Sp. z o.o. w Przychodni Świętej Trójcy w POZ przez lekarza pediatrę, przyjęcia dorosłych i dzieci chorych, szczepienia, wizyty domowe, patronaże, w wymiarze do 30 godzin tygodniowo - 1 osoba

** Zadanie 6**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym – pełnienie dyżurów lekarskich w wymiarze do 180 godz./ miesiąc oraz 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 zagrożenia życia oraz świadczenia usług zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa w Poradni Ginekologiczno-Położniczej Przychodni Świętej Trójcy w wymiarze 3500 pkt miesięcznie.

**Oferowana cena**

Oferowane wynagrodzenie wynosi:

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

(słownie: ……………………………………………………………..)

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

(słownie: ……………………………………………………………..)

* za opiekę podczas transportu medycznego (dot. Zad 2,3)

- 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: ………………………………………………………………..….)

**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. kopie dokumentów potwierdzających uzyskanie wymaganych uprawnień, kopia prawa wykonywania zawodu,
2. 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)
3. kopię dyplomu ukończenia wyższej uczelni
4. aktualną umowę ubezpieczenia OC lub pisemne zobowiązanie do zawarcia takiego ubezpieczenia i przedłożenia w chwili podpisywania  umowy.
5. aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych lub
6. pisemne zobowiązanie  do przedłożenia ww. w chwili podpisywania umowy.
7. aktualnego zaświadczenia 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

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

 Miejscowość i data

 ………………………………………………………….

Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta