**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:

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej   
w warunkach ambulatoryjnych oraz w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy – świadczenia lekarskie do 144 godzin miesięcznie (10 osób)

**Oferowana cena**

Oferowane wynagrodzenie wynosi:

* za 1 godzinę udzielania świadczeń w dni powszednie - ………………………………………… zł brutto (słownie: ……………………………………………………………….………..)\*
* za 1 godzinę udzielania świadczeń w soboty i święta - ………………………………………… zł brutto (słownie: ……………………………………………………………….………..)\*

**\* po przekroczeniu 57 godzin w skali miesiąca - stawka będzie wyższa o 10 zł (za wszystkie przepracowane godziny)**

**\* w wybrane dni, tj.: 1 stycznia, 6 stycznia, dwa dni Świąt Wielkanocnych (9,10 kwietnia 2023r.), 1-3 maja, Boże Ciało oraz dzień następny (8,9 czerwca 2023r.), 1 listopada, 24-26 oraz 31 grudnia - stawka będzie wyższa o 30 zł**

**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. kopia dokumentu potwierdzającego wpis do właściwego rejestru praktyk lekarskich\*
3. 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)
4. aktualna umowę ubezpieczenia OC lub pisemne zobowiązanie do zawarcia takiego ubezpieczenia i przedłożenia w chwili podpisywania  umowy.
5. aktualna umowę ubezpieczenia w zakresie profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego ze styczności z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), do której może dojść w trakcie wykonywania czynności zawodowych 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