**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 rehabilitacji medycznej (specjalista  rehabilitacji medycznej) w Dziennym Ośrodku Rehabilitacji – minimum 2 dni w tygodniu (19 h/tyg.), oraz   
w Poradni Rehabilitacyjnej – minimum 2 dni w tygodniu (6 h/tyg.) w tym min. 1 dzień pomiędzy godziną 13-18, możliwość wykonywania konsultacji z zakresu rehabilitacji w ramach usług komercyjnych  
- 1 osoba

** Zadanie 2**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej (specjalista rehabilitacji medycznej) w Dziennym Ośrodku Rehabilitacji dla Dzieci – 4 dni w tygodniu (19 h/tyg.) oraz w Poradni Rehabilitacyjnej – 4 dni w tygodniu (15 h/tyg.), konieczność zapewnienia konsultacji lekarskich   
w Fizjoterapii Ambulatoryjnej (minimum 30 minut tygodniowo) i w Fizjoterapii Domowej (minimum 30 minut tygodniowo), możliwość wykonywania konsultacji z zakresu rehabilitacji w ramach usług   
komercyjnych – 1 osoba

** Zadanie 3**

Świadczenie usług zdrowotnych przez lekarza w zakresie chirurgii – Poradnia Chirurgii Ogólnej (40 000 pkt/mieś), konsultacje pacjentów komercyjnych (15 konsultacji/mieś), konsultacje dla pacjentów Zakładu Medycyny Pracy (20 konsultacji/mieś.) – 1 osoba

** Zadanie 4**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie laryngologii w Zakładzie Medycyny Pracy (do 20 konsultacji/m-c) oraz wydawanie orzeczeń przez lekarza Medycyny Pracy (45h /m-c)

** Zadanie 5**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej – Przychodnia ul. Góry w wymiarze 160 godzin miesięcznie – 1 osoba

** Zadanie 6**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie psychologa na rzecz pacjentów Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. oraz Poradni Zdrowia Psychicznego w wymiarze nie przekraczającym 200 pkt miesięcznie w Poradni Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży w wymiarze nie przekraczającym 60 świadczeń miesięcznie – 1 osoba

** Zadanie 7**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie otolaryngologii (8000 pkt/mieś), konsultacje dla pacjentów komercyjnych (10 konsultacji/mieś), konsultacje dla pacjentów Zakładu Medycyny Pracy (10 konsultacji/mieś) – 1 osoba

** Zadanie 8**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej   
w warunkach ambulatoryjnych oraz w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy – świadczenia lekarskie do 80 godzin miesięcznie – 1 osoba

** Zadanie 9**

Świadczenie usług profilaktycznych w zakresie medycyny pracy w wymiarze 30 godzin miesięcznie – 1 osoba

**Oferowana cena**

Oferowane wynagrodzenie wynosi:

1. za 1 godzinę udzielania świadczeń - …………………………… zł brutto (słownie: …………………………………….………..)\*
2. za 1 miesiąc udzielania świadczeń - …………………………… zł brutto (słownie: ………………….…………………………...)\*
3. za 1 konsultację w ramach usług komercyjnych - ………………………………. zł brutto (słownie: ………………….…………………………...)\*
4. za 1 konsultację w ramach usług komercyjnych - ………………………………. zł brutto (słownie: ………………….…………………………...)\*
5. za 1 konsultację dla pacjentów Zakładu Medycyny Pracy - ………………………………. zł brutto (słownie: ………………….…………………………...)\*
6. za 1 punkt - ………………………………. zł brutto (słownie: ………………….…………………………...)\*
7. za świadczenie indywidualne - ………………………………. zł brutto (słownie: ………………….…………………………...)\*
8. za świadczenie grupowe (min. 3 pacjentów) - ………………………………. zł brutto (słownie: ………………….…………………………...)\*
9. za 1 godzinę udzielania świadczeń w dni powszednie - ………………………………………… zł brutto (słownie: ……………………………………………………………….………..)\*
10. za 1 godzinę udzielania świadczeń w soboty i święta - ………………………………………… 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. kopia prawa wykonywania zawodu\*
2. Kopia dokumentów potwierdzających uzyskanie specjalizacji\*
3. kopia dokumentów potwierdzających wykształcenie\*
4. kopia dokumentu potwierdzającego wpis do właściwego rejestru praktyk lekarskich\*
5. 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)
6. aktualna umowa ubezpieczenia OC lub pisemne zobowiązanie do zawarcia takiego ubezpieczenia i przedłożenia w chwili podpisywania  umowy.
7. aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych lub
8. pisemne zobowiązanie  do przedłożenia ww. w chwili podpisywania umowy.
9. 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