**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 na rzecz pacjentów Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. zgodnie z określonym w ogłoszeniu przedmiotem postępowania

i wzorem umowy: *(proszę wybrać zadanie przez oznaczenie go „X”):*

**Zadanie 1**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie radiodiagnostyki i wykonywania badań USG od poniedziałku do piątku (minimum 4 dni) wg harmonogramu w pracowniach Zakładu Diagnostyki Obrazowej, w wymiarze 25 godzin tygodniowo oraz w Poradni Tomografii Komputerowej w wymiarze 30 godzin miesięcznie(1 osoba)

**Zadanie 2**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie radiodiagnostyki w pracowniach Zakładu Diagnostyki Obrazowej od poniedziałku do piątku – opis zdjęć rtg (1 osoba)

**Zadanie 3**

Świadczenie usług profilaktycznych w Zakładzie Medycyny Pracy w wymiarze do 100 orzeczeń miesięcznie – 1 osoba.

**Zadanie 4**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności lekarskich przez lekarza psychiatrę w Poradni Zdrowia Psychicznego w wymiarze nie przekraczającym 200 pkt miesięcznie - 1 osoba

**Zadanie 5**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Poradni Zdrowia Psychicznego w wymiarze maksymalnie 500 pkt/miesięcznie, świadczenia medyczne w Oddziale Psychiatrycznym i Izbie Przyjęć w tym pełnienie dyżurów lekarskich w wymiarze maksymalnie 70 godzin/miesiąc -   
1 osoba

**Zadanie 6**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza stomatologa w Poradni stomatologicznej   
w wymiarze nie większym niż 140 godzin miesięcznie - 1 osoba

**Zadanie 7**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, w tym pełnienie dyżurów lekarskich w wymiarze do 120 godz./ miesiąc (1 osoba

**Zadanie 8**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, w tym pełnienie dyżurów lekarskich w wymiarze do 90 godz./ miesiąc (1 osoba

**Zadanie 9**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Płockim Zakładzie Opieki Zdrowotnej w tym pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziale Psychiatrycznym i Izbie Przyjęć w wymiarze maksymalnie 192 godzin/mieś. - 1 osoba

**Zadanie 10**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie pediatrii, praca w POZ w Przychodni w wymiarze maksymalnie 25 godzin/miesiąc (1 osoba)

**Zadanie 11**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie fizjoterapii w wymiarze maksymalnie 120 godzin miesięcznie -1 osoba**

**Oferowana cena**

Oferowane wynagrodzenie wynosi:

**Zadanie nr 1**

* za 1 miesiąc udzielania świadczeń (radiologia + USG na zlecenie lekarzy z oddziałów PZOZ) - ………………….……………………… zł brutto(słownie: …………………………………..…………..)
* za wykonanie 1 badania USG:

1. w ramach usług komercyjnych (bez Dopplera) - ……………………………………..…… zł brutto (słownie: …………………………………..)
2. na zlecenie lekarzy POZ - ……………………………………..…… zł brutto (słownie: …………………………………..)

* za opis 1 zdjęcia w ramach zastępstwa za innych radiologów (za badania wykonane na ul. Miodowej) - ……………………… zł brutto(słownie: …………………………………..…………..)
* za 1 godz. udzielania świadczeń w Poradni Tomografii Komputerowej- ………………….……………………… zł brutto(słownie: …………………………………..…………..)

**Zadanie nr 2**

* za 1 miesiąc udzielania świadczeń - ………………….……………………… zł brutto(słownie: …………………………………..…………..)
* za opis 1 zdjęcia w ramach zastępstwa za innych radiologów ( ……………………… zł brutto(słownie: …………………………………..…………..)

**Zadanie nr 3**

* za 1 orzeczenie - ………………….……………………… zł brutto(słownie: …………………………………..…………..)

**Zadanie nr 4 i 10**

* za 1 pkt - ………………….……………………… zł brutto(słownie: …………………………………..…………..)

**Zadanie nr 5**

* za 1 pkt - ………………….……………………… zł brutto(słownie: …………………………………..…………..)
* za 1 godz. udzielania świadczeń - ………………….……………………… zł brutto(słownie: …………………………………..…………..)

**Zadanie nr 6, 7, 8, 9, 10,11**

* za 1 godz. udzielania świadczeń - ………………….……………………… 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. 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. Kopia prawa wykonywania zawodu\*
2. Kopie dokumentów potwierdzającego uzyskanie specjalizacji\*
3. Kopie dokumentów potwierdzających wymagane wykształcenie
4. Kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy
5. Kopia dokumentu potwierdzającego wpis do właściwego rejestru praktyk\*
6. Odpis aktualny z właściwego rejestru KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności

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

1. Zaświadczenie od lekarza profilaktyka o zdolności do pracy
2. Dokument potwierdzający odbycie szkolenia okresowego z zakresu bhp

*\* skreślić jeżeli nie dotyczy*

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

Miejscowość i data

………………………………………………………….

Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta