**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**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii na rzecz pacjentów Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. - wykonywanie procedur medycznych oraz pełnienie dyżurów medycznych do 100 godzin/na osobę miesięcznie oraz sprawowanie opieki medycznej nad pacjentem w stanie zagrożenia życia podczas transportu medycznego - 2 osoby

**Zadanie 2**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności lekarskich przez lekarza ortopedę pełnienie dyżurów medycznych w Oddziale Chirurgii i Ortopedii –w wymiarze do 96 godzin/miesiąc – 1 osoba.

** Zadanie 3**

Świadczenie usług zdrowotnych przez psychoterapeutę osób dorosłych w Poradni zdrowia psychicznego w wymiarze maksymalnie **1 200** pkt miesięcznie.

** Zadanie 4**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, w tym pełnienie dyżurów lekarskich w wymiarze do 180 godz./ miesiąc (2 osoby)

**Oferowana cena**

Oferowane wynagrodzenie wynosi:

**Zadanie nr 1**

1. **za 1 godzinę udzielania świadczeń**  - ………..…………….… zł brutto przez pierwsze 12 miesięcy udzielania świadczeń

(słownie: …………………………………………….………………………………………….…..)

1. **za 1 godzinę udzielania świadczeń**  - ………..…………….… zł brutto od 13 do 24 miesiąca udzielania świadczeń

(słownie: …………………………………………….……………………………………………..)

**deklarowana liczba godzin w miesiącu -** ………………………………………..

*(nie większa niż 240 h, nie mniejsza niż 50 h)*

*Wyrażam zgodę na świadczenie usług w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii przy komercyjnych zabiegach operacyjnego usuwania zaćmy, zgodnie z ogłoszeniem:*

***TAK***

***NIE***

**Zadanie nr 2 i 4**

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

**Zadanie nr 3**

1. …………….…..….. zł brutto (słownie: ………………………………………………..) za 1 punkt -

**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. Kopie dokumentów potwierdzającego uzyskanie specjalizacji
3. Kopia dokumentu potwierdzającego wpis do właściwego rejestru praktyk
4. kopie dokumentów potwierdzających warunki określone w pkt. 5b Ogłoszenia
5. 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)
6. aktualną umowę ubezpieczenia OC lub pisemne zobowiązanie do zawarcia takiego ubezpieczenia i przedłożenia w chwili podpisywania  umowy.
7. aktualną 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;
8. aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych lub
9. pisemne zobowiązanie  do przedłożenia ww. w chwili podpisywania umowy.
10. 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

*W przypadku Oferentów, którzy w okresie ostatnich 12 miesięcy świadczyli usługi w powyższym zakresie na rzecz Udzielającego Zamówienia, Oferent nie musi dołączać dokumentów wymienionych w pkt 1-3.*

*\* skreślić jeżeli nie dotyczy*

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

Miejscowość i data

………………………………………………………….

Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta