**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 nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej   
w warunkach ambulatoryjnych oraz w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy – świadczenia lekarskie do 144 godzin miesięcznie (6 osób)

** 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 40 godzin tygodniowo - 1 osoba

** Zadanie 6**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług psychologa w Poradni Zdrowia Psychicznego w wymiarze maksymalnie 400 pkt w miesiącu - 1 osoba

** Zadanie 7**

Świadczenie usług medycznych w zakresie chorób wewnętrznych w wymiarze nie przekraczającym średnio 220g/na m-c w skali roku:

- w Oddziale Chorób Wewnętrznych

- w Izbie Przyjęć Oddziału Chorób Wewnętrznych,

- konsultacje medyczne dla pozostałych pacjentów szpitala Świętej Trójcy

- sprawowanie opieki lekarskiej w trakcie transportu medycznego świadczonego przez podwykonawcę w godzinach 8.00-15.00 pacjentów z oddziałów na których świadczenia realizuje Przyjmujący Zamówienie lub z innego oddziału za zgodą Przyjmującego Zamówienie, z wyłączeniem przypadków bezpośredniego zagrożenia życia -1 osoba

**Zadanie 8**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie gruźlicy i chorób płuc:

- Poradnia Gruźlicy i chorób płuc (płatnik publiczny) - 25 000 punktów

- Konsultacje dla Zakładu Medycyny Pracy - 15 konsultacji

- Konsultacje pacjentów komercyjnych - 10 konsultacji

1 osoba

**Zadanie 9**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w POZ Miodowa w wymiarze maksymalnie 120 godzin miesięcznie - 1 osob

**Oferowana cena**

Oferowane wynagrodzenie wynosi:

**Zadanie nr 1**

* …………………… zł brutto (słownie: ………………………..……….…) *- za 1 godzinę udzielania świadczeń w dni powszednie\**
* …………………… zł brutto (słownie: …………….………………….…) - *za 1 godzinę udzielania świadczeń w soboty, niedziele i święta w godzinach od 20:00 do 08:00\**
* …………………… zł brutto (słownie: ………………….…………….…) - *za 1 godzinę udzielania świadczeń w soboty, niedziele i święta w godzinach od 20:00 do 08:00\**

***\*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, 1-3 maja, Boże Ciało oraz dzień następny, 1 listopada, 24-26 oraz 31 grudnia – stawka będzie wyższa o 30 zł.***

**Zadanie nr 2, 3 4\***

* ……………………… zł brutto (słownie: …………………………………………………………….) za 1 godzinę udzielania świadczeń w dni powszednie
* *………………………* zł brutto (słownie: *…………………………………………………………...*)za 1 godzinę udzielania świadczeń podczas dyżuru medycznego oraz w soboty i święta
* *………………………* zł brutto (słownie: *…………………………………………………………...*)za 1 punkt w zakresie świadczenia usług w Poradni Zdrowia Psychicznego Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.\*

**Zadanie nr 5 i 9**

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

**Zadanie nr 6**

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

**Zadanie nr 7**

* *Przy realizacji kontraktu na poziomie min. 550 tys. punktów*

1. *………………… zł brutto* (słownie: …………………………………………………………….) *- za 1 godzinę udzielania świadczeń w Oddziale w dni powszednie,*
2. *…………………….. zł brutto* (słownie: …………………………………………………………….) *– za 1 godzinę udzielania świadczeń w Oddziale w soboty, niedziele i święta\* oraz w trakcie pełnienia dyżuru medycznego*
3. *………………………………. zł brutto* (słownie: ………………………………………………………….) *- za 1 godzinę udzielania świadczeń w Izbie Przyjęć Oddziału*

* *Przy realizacji kontraktu poniżej 550 tys. punktów*

1. *………………………. zł brutto* (słownie: …………………………………………………………….) *- za 1 godzinę udzielania świadczeń w Oddziale w dni powszednie,*
2. *……………………………… zł brutto* (słownie: ………………………………………………………….) *– za 1 godzinę udzielania świadczeń w Oddziale w soboty, niedziele i święta\* oraz w trakcie pełnienia dyżuru medycznego*
3. *………………………. zł brutto* (słownie: …………………………………………………………….) *- za 1 godzinę udzielania świadczeń w Izbie Przyjęć Oddziału*

*\* w wybrane dni świąteczne , tj.: dwa dni Świąt Wielkanocnych oraz 24-26 grudnia - stawka będzie wyższa o 50%.*

*Jeżeli 24 grudnia wypada w sobotę, niedzielę lub święto, wzrost stawki o 50% dotyczy całego dnia.*

*Jeżeli 24 grudnia wypada w dzień powszedni wzrost stawki dotyczy godzin od 14.00. do 8.00 dnia następnego.*

**Zadanie nr 8**

* ……………………………..…… zł brutto (słownie: …………………………………………………….) - za 1 punkt rozliczeniowy NFZ
* ……………………………… zł brutto (słownie: ……………………………………………………….) - za 1 konsultację dla Zakładu Medycyny Pracy
* ……………………………… zł brutto (słownie: ………………………………………………………….) - za 1 konsultację w ramach usług komercyjnych

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. 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)
3. aktualna umowę ubezpieczenia OC lub pisemne zobowiązanie do zawarcia takiego ubezpieczenia i przedłożenia w chwili podpisywania  umowy.
4. aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych lub pisemne zobowiązanie  do przedłożenia ww. w chwili podpisywania umowy.
5. 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