**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**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w Poradni Otolaryngologicznej w Przychodni Świętej Trójcy przy ul. Miodowej 2 w wymiarze maksymalnie 40 godzin miesięcznie - 2 osoby

** Zadanie nr 2**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w poradni Pulmonologicznej, Zakładzie Medycyny Pracy oraz konsultacje pacjentów komercyjnych w wymiarze nie większym niż 15 000 pkt w Poradni Pulmonologicznej, 5 konsultacji w Zakładzie Medycyny Pracy, 10 konsultacji komercyjnych – 1 osoba

** Zadanie 3**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie przez lekarza w zakresie pediatrii oraz medycyny rodzinnej w POZ przy ul. Miodowej 2 w wymiarze nie większym niż 140 godzin miesięcznie wg harmonogramu umożliwiającego zbieranie deklaracji, lekarz posiadający uprawnienia do zbierania deklaracji pacjentów - 1 osoba.

** Zadanie 4**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale psychiatrycznym w tym pełnienie dyżurów lekarskich w wymiarze maksymalnie 192 godzin/miesiąc - 1 osoba

**Oferowana cena**

Oferowane wynagrodzenie wynosi:

**Zadanie nr 1 i 3**

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

**Zadanie nr 2**

* ……………………………..…… 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

**Zadanie nr 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

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 dokumentów potwierdzających specjalizacje\*
3. kopię dokumentu potwierdzającego wpis do właściwego rejestru praktyk lekarskich\*/ pielęgniarskich\*
4. 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)
5. aktualna umowę ubezpieczenia OC 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