**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 anestezjologii i intensywnej terapii na rzecz pacjentów Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. - wykonywanie procedur medycznych, min. 50 godzin max. 100 godzin miesięcznie- **2 osoby**

** Zadanie 2**

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 (w tym co najmniej 1 dyżur w soboty i dni świąteczne), max liczba godzin 240 godzin/na osobę w skali miesiąca **- 7 osób**

****

**Oferowana cena**

Oferowane wynagrodzenie wynosi:

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***

**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 potwierdzających uzyskanie specjalizacji
3. Kopia dokumentu potwierdzającego wpis do właściwego rejestru praktyk
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 umowa 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 aktualne 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 1-7*

*\* skreślić jeżeli nie dotyczy*

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

 Miejscowość i data

 ………………………………………………………….

Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta