**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 dla pacjentów Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o., w Pracowni Endoskopowej (minimum 12 godzin tygodniowo) – 1 osoba w następującym zakresie;

1. wykonywanie badań gastroskopii (max 60 badań/ miesięcznie),
2. Gastroskopia diagnostyczna
3. Gastroskopia diagnostyczna z biopsją
4. wykonywanie badań *endoskopowych przewodu pokarmowego – kolonoskopia* – w ramach umowy z NFZ na realizację świadczeń w rodzaju ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w ilości do 100 badań miesięcznie),
5. Kolonoskopia diagnostyczna
6. Kolonoskopia diagnosttyczna z biopsją
7. Kolonoskopia z polipektomią
8. wykonywanie badań kolonoskopii (max 8 badań/ miesięcznie) i gastroskopii (max 16 badań/ miesięcznie) dla pacjentów komercyjnych

**Oferowana cena**

Oferowane wynagrodzenie wynosi:

* za 1 badanie gastroskopii diagnostycznej/z biopsją (dla pacjentów PZOZ oraz komercyjnych –

…………….…… zł brutto (słownie: ………………………………………..)

* za 1 badanie kolonoskopii diagnostycznej (dla pacjentów PZOZ oraz komercyjnych) - …………….…… zł brutto (słownie: ………………………………………..)
* za 1 badanie kolonoskopii diagnostycznej z biopsją (dla pacjentów PZOZ oraz komercyjnych) - …………….…… zł brutto (słownie: ………………………………………..)
* za 1 badanie kolonoskopii diagnostycznej z polipektomią (dla pacjentów PZOZ oraz komercyjnych) - …………….…… 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. 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 potwierdzających uzyskanie specjalizacji
3. 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)
4. aktualna umowa ubezpieczenia OC lub pisemne zobowiązanie do zawarcia takiego ubezpieczenia i przedłożenia w chwili podpisywania  umowy.
5. aktualna orzeczenie lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych lub
6. 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

*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*

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

Miejscowość i data

………………………………………………………….

Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta