**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 psychiatrii w Poradni zdrowia psychicznego w wymiarze maksymalnie 1200 pkt. w miesiącu.- 1 osoba)

** Zadanie2**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Poradni Zdrowia Psychicznego w wymiarze maksymalnie 1000 pkt. w miesiącu.- 1 osoba)

** Zadanie 3**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie medycyny sportowej w godzinach przedpołudniowych w wymiarze do 30 godz./ miesiąc oraz w Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej w wymiarze do 12 godz./ miesiąc - 1 osoba

** Zadanie 4**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza o specjalizacji radiologia i diagnostyka obrazowa w zakresie radiodiagnostyki oraz wykonywanie badań w Pracowni tomografii komputerowej, opisy zdjęć RTG na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia w wymiarze do 30 godzin i 50 badań miesięcznie - 1 osoba.

** Zadanie 5**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarskich przy realizacji zabiegów operacyjnych usuwania zaćmy na rzecz pacjentów Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. (szacowana ilość świadczeń – 6 w miesiącu) tj.:

- asysta i opieka nad pacjentem podczas zabiegu operacyjnego,

- wstępne przygotowanie narzędzi po zabiegu do procesu sterylizacji - 2 osoby

** Zadanie 6**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarskich w Oddziale Pediatrycznym w wymiarze do 160 godzin miesięcznie – 1 osoba.

** Zadanie 7**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. –w zakresie czynności pielęgniarskich w Przychodni Św. Trójcy przy ul Miodowej 2 w Płocku w wymiarze do 140 godzin miesięcznie – 1 osoba.

**Oferowana cena**

Oferowane wynagrodzenie wynosi:

* za 1 godzinę udzielania świadczeń …………………… zł brutto (słownie: …………………………………….……………………………….…)
* Stawka za 1 pkt …………………… zł brutto (słownie: …………………………………….……………………………….…) dotyczy Zadania nr 1 i 2
* Stawka za 1 badanie TK jednego odcinka …………………… zł brutto (słownie: …………………………………….……………………………….…) dotyczy Zadania nr 3
* Stawka za opis 1 zdjęcia RTG …………………… zł brutto (słownie: …………………………………….……………………………….…) dotyczy Zadania nr 3

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.
12. **Załączniki**
13. kopia prawa wykonywania zawodu\*
14. 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)
15. aktualna umowę ubezpieczenia OC lub pisemne zobowiązanie do zawarcia takiego ubezpieczenia i przedłożenia w chwili podpisywania  umowy.
16. aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych lub pisemne zobowiązanie  do przedłożenia ww. w chwili podpisywania umowy.
17. 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