

**Formularz ofertowy – Załącznik nr 1 do Regulaminu konkursu.**

Wałcz, dn. ....

.....  
(Dane oferenta)

.....  
(Adres)

.....  
(telefon)

.....  
(Nr wpisu do właściwego rejestru – księgi rejestrowej  
i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

**107 Szpital Wojskowy z Przychodnią - SPZOZ  
Ul. Kołobrzeska 44  
78-600 Wałcz**

Składam/y ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 107 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią - SPZOZ w zakresie:

.....  
.....  
.....  
Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienie.

**Proponowane kwoty należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach przedmiotu konkursu przez podmioty, o których mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2013 r. poz. 217) oraz proponowana ilość świadczeń (w godzinach na miesiąc).**

***Udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach:***

**1. udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz koordynowanie pracy oddziału  
..... w dni powszednie (od poniedziałku do piątku)**

.....zł brutto (słownie : .....)  
za 1 godz. Świadczenia usług i koordynowania pracy oddziału.

**2. pełnienie dyżurów medycznych stacjonarnych w Szpitalu w dni powszednie  
(od poniedziałku do piątku)**

za 1 dyżur 17 godzinny .....zł brutto za 1 godz. dyżuru  
(słownie:.....)

**3. pełnienie dyżurów medycznych stacjonarnych w Szpitalu w soboty, niedziele i święta**

za 1dyżur 24 godzinny - .....zł brutto za 1 godz. dyżuru  
(słownie:.....)

**4. pełnienie dyżurów gotowości w dni powszednie (od poniedziałku do piątku)**

za 1 dyżur 17 godzinny - .....zł brutto za 1 godz. dyżuru  
(słownie:.....)

**5. pełnienie dyżurów gotowości w soboty, niedziele i święta**

za 1dyżur 24 godzinny - .....zł brutto za 1 godz. dyżuru  
(słownie:.....)

**6. udzielanie świadczeń medycznych w Poradniach (pracowniach, zakładach) Specjalistycznych w ramach umów zawartych przez Zamawiającego z NFZ.**

za każdy punkt wypracowany w Poradni .....  
oraz uznany i sfinansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia - ..... zł brutto  
(słownie.....)

**Uwaga : w przypadku gdy w wycenie punktowej porady są zawarte badania diagnostyczne nie wykonywane bezpośrednio przez oferenta wartość punktową porady obniża się o wartość punktów przeznaczoną na wykonanie tych badań zgodnie z zasadami określonymi w Zarządzeniu nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. (Jeżeli do dnia zawarcia umowy ulegnie zmianie ww. zarządzenie będzie miało ono zastosowanie do tej umowy).**

**7. udzielanie świadczeń medycznych w Poradniach (pracowniach, zakładach) Specjalistycznych w ramach umów zawartych przez Zamawiającego z innymi podmiotami.**

Za każdą poradę/konsultację/badanie w Poradni .....- .....zł brutto (słownie .....)

**(do oferty w tym zakresie określonym w punkcie 6 i 7 należy dołączyć proponowany harmonogram udzielania świadczeń!)**

**8. Ilość oferowanych świadczeń:**

deklaruję, iż miesięcznie będę udzielał/a świadczenia medyczne w ilości .....  
godzin (słownie:.....)

**9. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na**

okres od ..... 20.....r. do..... 20..... r.

W załączeniu przedkładam:

- a) kserokopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej obowiązkowego ubezpieczenia O. C.,
- b) kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje,
- c) kserokopię prawa wykonywania zawodu,
- d) kserokopię dokumentu potwierdzającego nadanie numeru NIP,
- e) kserokopię dokumentu potwierdzającego nadanie numeru REGON,
- f) kserokopię dokumentu potwierdzającego wpis do Rejestru prowadzonego w Okręgowej Izbie Lekarskiej lub wpis do Rejestru Wojewody,
- g) kserokopię dokumentu potwierdzającego wpis do Ewidencji Działalności Gospodarczej lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego,
- h) koncepcję funkcjonowania oddziału,
- i) zaświadczenie o niekaralności,
- j) opisany przez oferenta przebieg pracy zawodowej, potwierdzający minimum 8 letni okres udzielania świadczeń zdrowotnych.
- k) inne dokumenty, w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe oferenta,
- l) zaświadczenie wystawione przez lekarza medycyny pracy potwierdzające zdolność do wykonywania świadczeń medycznych tzw. „badań okresowych”
- m) Proponowany harmonogram udzielania świadczeń – dotyczy zakresów oznaczonych w formularzu ofertowym.

**Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert.**

**Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.**

**Jestem związany/na niniejszą ofertą przez czas wskazany w Regulaminie przeprowadzania konkursu ofert tj. 30 dni od daty zakończenia terminu składania ofert.**

**Zawarta w Regulaminie przeprowadzania konkursu ofert treść wzoru umowy została przeze mnie zaakceptowana i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Organizatora konkursu.**

.....  
/pieczętka i podpis/