

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. Kołobrzaska 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 /zakładu w dni powszednie (od poniedziałku do piątku)**
.....zł brutto za 1 godz. Świadczenia usług i koordynowania pracy
.....
- 2. udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziałach szpitalnych w dni powszednie (od poniedziałku do piątku)**
..... zł brutto za 1 godz. świadczenia usług.

3. 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:.....)

4. pełnienie dyżurów medycznych stacjonarnych w Szpitalu w soboty, niedzielę i święta

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

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

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

6. pełnienie dyżurów gotowości w soboty, niedzielę i święta

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

7. 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).

8. 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)

8. udzielanie świadczeń medycznych w pracowniach i zakładach diagnostycznych

- Za badanie-zł brutto
(słownie)
- Za badanie-zł brutto
(słownie)
- Za badanie-zł brutto
(słownie)
- Za badanie-zł brutto
(słownie)

- Za badanie-zł brutto (słownie)

(do oferty w tym zakresie określonym w punkcie 6, 7 i 8 należy dołączyć proponowany harmonogram udzielania świadczeń!)

9. udzielanie świadczeń zdrowotnych w poradni podstawowej opieki zdrowotnej w dni powszednie (od poniedziałku do piątku)

..... zł brutto za 1 godz. świadczenia usług.

10. Ilość oferowanych świadczeń:

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

11. 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) 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/