Załącznik nr 1 do szczegółowych warunków konkursu ofert

o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

**OFERTA**

**na wykonywanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Samorządowego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Pińczowie**

1. **Oferowane świadczenia w zakresie/ kwalifikacje przyjmującego zamówienie:**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

( wpisać zakres oraz kwalifikacje zgodnie z § 6 ust 2 Szczegółowych warunków konkursu ofert)

1. **Oferowane miejsce wykonywania świadczeń :**

…………………………………………………………………………………………………..

( wpisać lokalizację zgodnie z § 6 ust 2 Szczegółowych warunków konkursu ofert)

1. **Pełna nazwa Oferenta :**

……………………....................................................................................................................................

……………………………………………………...…………………………………………….………

□ prowadzący działalność gospodarczą □ nie prowadzący działalności gospodarczej

( we właściwym okienku wpisać znak X )

1. **Numer wpisu do właściwego rejestru –jeśli oferent posiada:**

……………………………………………………………………………………………………………

1. **Regon –jeśli oferent posiada:** ...........................................................................................................
2. **NIP –jeśli oferent posiada:**: ……………………………………….…………………...…………..
3. **Bank**:……………………………………………………………………..………………..................
4. **Nr rachunku bankowego**:……………..……………………………………………………………
5. **Adres prowadzonej działalności gospodarczej –jeśli oferent posiada**

………………………………………………………………….……………………………...…………

1. **Adres do korespondencji:**

……………………………………………………………………………………………………………

1. **Telefon**: ……………………………… **Fax**: ……..…………………………………..…..……….
2. **Nr prawa wykonywania zawodu** ………..……….. **data jego uzyskania** ……………………….
3. **PESEL** ………………………............................................................................................................
4. **Kwalifikacje zawodowe** (posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania

specjalizacji, a w przypadku lekarzy w trakcie specjalizacji data jej rozpoczęcia, dyplomy potwierdzające kwalifikacje wraz z numerem i datą uzyskania uprawnień, certyfikaty potwierdzające kwalifikacje wraz z numerem i datą ich uzyskania):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Doświadczenie i dodatkowe uprawnienia zawodowe**:

……………………………………………………………………………………………..………………

………………………………………………………………………………………………..……………

1. **Oferowana dostępność:**

**liczba godzin w miesiącu**: …....................................................................

1. **1 Kryteria oceny oferty:**

( we właściwym okienku wpisać znak X )

1. **jakość** – posiadanie statusu lekarza POZ/AOS oraz co najmniej rocznego doświadczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym w takim zakresie na jaki składana jest oferta ( tak – 2 pkt, nie – 0 pkt)

**TAK □ NIE □**

1. **kompleksowość** – deklaracja wykonywania świadczeń zdrowotnych we wskazanych ośrodkach/przychodniach Udzielającego zamówienia ( tak – 1 pkt, nie – 0 pkt)

**TAK □ NIE □**

1. **dostępność** – deklaruję wykonywanie świadczeń medycznych w wymiarze nie mniejszym niż 20 godzin w miesiącu, w każdym roboczym dniu w tygodniu ( tak – 2 pkt, nie – 0 pkt)

**TAK □ NIE □**

1. **ciągłość** – kontynuacja świadczeń u Udzielającego zamówienie/ Zamawiającego ( tak – 1 pkt, nie – 0 pkt)

**TAK □ NIE □**

5) **cena** – ( najniższa cena – 1 pkt, pozostałe <1 pkt)

1. **2 Propozycja cenowa oferenta za 1 godzinę/punkt udzielania świadczeń na rzecz** **Udzielającego zamówienia/Zleceniodawca**:

Stawka za jedną godzinę w kwocie ................. zł brutto (słownie …………..............................zł brutto)

Stawka za jeden punkt w kwocie ..................... zł brutto (słownie …………...............................zł brutto)

1. **Oferuję □\* Nie oferuję □****\* udzielania świadczeń zdrowotnych usługobiorcom w ramach**

**prowadzonej przez Udzielającego zamówienie odpłatnej działalności leczniczej na**

**podstawie art. 55 ust. 1 pkt. 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z zastrzeżeniem przepisów odrębnych które stanowią inaczej**.

( \* we właściwym okienku wpisać znak X )

W przypadku zaznaczenia X w polu „oferuję”-

Oczekuję wynagrodzenia :

- za jedno świadczenie ( porada lekarska POZ, AOS)

w wysokości …..……zł brutto (słownie………………………................................................zł brutto)

1. **Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych - załączam do oferty.**

…………………………………………………………

data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

**OŚWIADCZENIE OFERENTA** \*

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert   
   - nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że uzyskałem wszystkie konieczne informacje niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
6. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Zobowiązuję się do przedłożenia w dniu zawarcia umowy polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonej w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia   
   22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą ( Dz. U. z 2011 r. nr 293 poz. 1729 ).
8. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
9. Oświadczam, że dane przedstawione w ofercie oraz w niniejszych i załączonych odrębnie oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
10. Oświadczam, że w ramach wykonywanej działalności leczniczej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
11. Wyrażam zgodę, aby Udzielający Zamówienie miał możliwość nie podpisania umowy z Przyjmującym Zamówienie w przypadku nie zawarcia umowy z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie POZ lub AOS.
12. Oświadczam, że zobowiązuję się do pokrycia strat Zamawiającego w przypadku nie zawarcia umowy z Udzielającym zamówienie w okresie związania ofertą.

…………………………………………………………

data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

\* Oferent wykreśla punkty, które go nie dotyczą.