## Numer postępowania : 1/KO/12/2024

## ..………………………………………….. Załącznik nr 1 do SWKO

 Pieczęć nagłówkowa oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY**

**OPIEKA LEKRSKA**

Dotyczący postępowania konkursowego na świadczenia zdrowotne :

pełnienie opieki lekarskiej na rzecz Uzdrowiska Ciechocinek S. A. w Ciechocinku

**Dane oferenta**

Pełna nazwa : ……………………………………………………………………………………………………..

Adres : ……………………………………………………………………………………………………………..

Nr telefonu komórkowego : ………………………………………………………………………………………

Adres e-mail : ……………………………………………..............................................................................

Działalność gospodarcza zarejestrowana w: ………………………………………………………………………………………………………………..

Odpowiadając na ogłoszenie do wzięcia udziału w przedmiotowym konkursie ofert składam ofertę na zadanie nr 1:

|  |  |
| --- | --- |
| Zadanie 1:  | leczenie pacjentów NFZ - "Szpital 1" |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Treść** | **Lekarze** | **Liczba łóżek** | **Osobodni robocze** | **Cena osobodnia roboczego** | **Wartość na 12** **miesięcy** |  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6 = 3 X 4 X 5** |  |
| Zadanie 1 | 1 | 50 | 252 |   |   |  |

Cena oferty netto ( 1 rok ) – …………………. zł (słownie: ………………………………………………… )

Podatek VAT ( 1 rok ) - zł

Cena oferty brutto ( 1 rok ) - ………………….. zł (słownie: ……………………………………………….. )

1. Zobowiązuję się do realizacji powyższych świadczeń zgodnie z warunkami konkursu w okresie od

 dnia 02.01.2025 r. do dnia 31.12.2025 r.

2. Oświadczam że zapoznałem/am się ze Szczegółowymi "Warunkami Konkursu, wzorem umowy i akceptuję je nie zgłaszając żadnych zastrzeżeń.

3. Oświadczam, że złożona oferta odpowiada warunkom zamówienia i jest ważna przez okres związania ofertą wynoszący 30 dni roboczych

4. Oświadczam że oferowane świadczenia zdrowotne będą wykonywane rzetelnie, celowo, na poziomie zgodnym z obowiązującymi standardami zgodnie z wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia i zachowaniem obowiązujących przepisów prawnych medycznych, sanitarnych, epidemiologicznych, BHP. p pożarowych ltp.

5. W przypadku otrzymania zamówienia zobowiązuję się do zawarcia pisemnej umowy w terminie i miejscu wskazanym przez zamawiającego, nie później jednak niż do końca okresu związania ofertą.

**6. W skład oferty wchodzą następujące dokumenty:**

1) formularz ofertowy

2) kserokopia dyplomu lekarza;

3) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej;

4) kserokopia dyplomów dotyczących uzyskania tytułów naukowych;

5) kserokopia prawa wykonywania zawodu;

6) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Izby Lekarskiej lub odpis z rejestru.

7) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,

8) polisa od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych odpowiadająca wymaganiom zawartym w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy (OC indywidualnej praktyki lekarskiej, na kwotę min. 75.000,00 euro )

9) zaakceptowany wzór umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych

 10) pisemne zobowiązanie do podpisania umowy w przypadku wyboru oferty

 11) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zadaniach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego);

 12) oświadczenie o niezaleganiu w opłacaniu składek ZUS

 13) oświadczenie o niezaleganiu w opłacaniu składek podatku do US

 14) oświadczenie Oferenta o zapewnieniu ciągłości, kompleksowości, dostępności, jakości

 udzielanych świadczeń, oraz kwalifikacjach personelu

Wyżej wymienione dokumenty mogą być złożone w formie oryginałów lub kserokopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez osobę / osoby uprawnioną do podpisania oferty z dopiskiem “za zgodność z oryginałem".

Ciechocinek dn. ………..… r. …….…………………………

 Podpis i pieczęć oferenta