## Numer postępowania : 2/L/09/2023

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

Pieczęć nagłówkowa oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY**

**DYŻURY LEKRSKIE**

Dotyczący postępowania konkursowego na świadczenia zdrowotne :

pełnienie dyżurów lekarskich 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 …………………….. z pośród niżej wymienionych :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | |  | |
| Zadanie 4: 4, 4A , 4B , 4C , 4D, 4E, 4F, 4G | | | | dyżury lekarskie telefoniczne pełnione podczas dyżuru stacjonarnego w Domu Zdrojowym  – Szpital Nr 1 – Łazienki Uzdrowiskowe nr 1 | | | | | | | | |
| Zadanie 5: 5, 5A, 5B, 5C, 5D, 5E, 5F, 5G, 5H | | | | dyżury lekarskie – Szpital Nr IV – Dom Zdrojowy | | | | | | | | |
| Zadanie 6: 6, 6A, 6B, 6C, 6D | | | | dyżury lekarskie - Szpital Nr III - Markiewicz | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Treść** | | **Cena dyżuru** |  | | | **12 miesięcy trwania umowy** | | | **Koszt dyżurów** | | **RAZEM** | **RAZEM** |
| **zwykłego** | **świątecznego** | | | **zwykłych** | | **świątecznych** | **zwykłych** | **świątecznych** | **1 rok** | **2 lata** |
| **1** | | **2** | **3** | | | **4** | | **5** | **6 = 2 X 4** | **7 = 3 X 5** | **8 = 6 + 7** | **9 = 2 lata X 8** |
| Zadanie 4 | |  |  | | | 24 | | 18 |  |  |  |  |
| Zadanie 4 A | |  |  | | | 42 | | 20 |  |  |  |  |
| Zadanie 4 B | |  |  | | | 36 | | 12 |  |  |  |  |
| Zadanie 4 C | |  |  | | | 24 | | 12 |  |  |  |  |
| Zadanie 4 D | |  |  | | | 42 | | 16 |  |  |  |  |
| Zadanie 4 E | |  |  | | | 36 | | 15 |  |  |  |  |
| Zadanie 4 F | |  |  | | | 24 | | - |  |  |  |  |
| Zadanie 4 G | |  |  | | | 12 | | 12 |  |  |  |  |
| Zadanie 5 | |  |  | | | 36 | | 12 |  |  |  |  |
| zadanie 5 A | |  |  | | | 24 | | 18 |  |  |  |  |
| Zadanie 5 B | |  |  | | | 24 | | 12 |  |  |  |  |
| Zadanie 5 C | |  |  | | | 36 | | 12 |  |  |  |  |
| Zadanie 5 D | |  |  | | | 24 | | 12 |  |  |  |  |
| Zadanie 5 E | |  |  | | | 24 | | 12 |  |  |  |  |
| Zadanie 5 F | |  |  | | | 36 | | 15 |  |  |  |  |
| Zadanie 5 G | |  |  | | | 24 | | - |  |  |  |  |
| Zadanie 5 H | |  |  | | | 12 | | 12 |  |  |  |  |
| Zadanie 6 | |  |  | | | 48 | | 21 |  |  |  |  |
| zadanie 6 A | |  |  | | | 48 | | 21 |  |  |  |  |
| Zadanie 6 B | |  |  | | | 48 | | 21 |  |  |  |  |
| Zadanie 6 C | |  |  | | | 36 | | 21 |  |  |  |  |
| Zadanie 6 D | |  |  | | | 48 | | 21 |  |  |  |  |

Cena oferty netto ( 2 lata ) – ……………………. zł (słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………….. )

Podatek VAT( 2 lata ) - ……………….. zł

Cena oferty brutto ( 2 lata ) - …………………… zł (słownie: ………………………………………………………………………………………………………………..…………… )

1. Zobowiązuję się do realizacji powyższych świadczeń zgodnie z warunkami konkursu w okresie od dnia 01.01.2024 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