Znak sprawy: UŚ/L/05/2022 Załącznik Nr 1 do SWKO

**FORMULARZ OFERTOWY**

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert na: **udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby wykonujące zawód lekarza dla pacjentów Udzielającego Zamówienia „Uzdrowisko Świnoujście” S.A.** składam niniejszą ofertę.

**DANE DOTYCZ**Ą**CE OFERENTA:**

Nazwa / Imię i nazwisko: ….…………….……………………………………………….................

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

Tel./fax.: ………….………………....., e-mail; ………………………………………………………

NIP: ……………………………., REGON: …………………...………..,

Numer dowodu osobistego ……………………………………, PESEL …………………………..

Oferuję realizację zamówienia, zgodnie z wymogami Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert za

cenę:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj świadczenia**  | **Cena jednostkowa brutto** |
| **Część 1** | **Świadczenia gwarantowane w zakresie uzdrowiskowego leczenia sanatoryjnego dorosłych lub rehabilitacji uzdrowiskowej w sanatorium uzdrowiskowym (pacjenci ze skierowaniem z NFZ).** |
| 1.1 | Opieka lekarska (w tym: codzienny dostęp do lekarza, badanie wstępne, badania kontrolne i badanie końcowe, doraźne interwencje lekarskie) | ......................................... zł(słownie:….......................................) za jeden osobodzień **Uwaga,** maksymalna akceptowana stawka za 1 osobodzień wynosi **3,70** zł brutto dla lekarza specjalisty lub ze specjalizacją I st. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu). |
| **Część 2** | **Świadczenia gwarantowane w zakresie uzdrowiskowego leczenia szpitalnego dorosłych (pacjenci ze skierowaniem z NFZ) oraz rehabilitacji lecznicza ogólnoustrojowej.**  |
| 2.1 | Opieka lekarska (w tym: codzienny dostęp do lekarza, badanie wstępne, badania kontrolne i badanie końcowe, doraźne interwencje lekarskie) | .......................................... zł(słownie:…................................................................)za jeden osobodzień **Uwaga,** maksymalna akceptowana stawka za 1 osobodzień wynosi **4,00** zł brutto dla lekarza specjalisty lub ze specjalizacją I st. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu) |
| **Część 3** | **Dyżur lekarski**  |
| 3.1 | Dyżur stacjonarny w „Bałtyku” (16-godzinny w dni robocze od poniedziałku do piątku od godz.15.00 do godz. 07.00 dnia następnego) | .......................................... zł(słownie:…..............................................................)za 1 dyżur **Uwaga,** maksymalna akceptowana stawka za 1 dyżur wynosi **330,00 zł**. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu) |
| 3.2 | Dyżur stacjonarny w „Bałtyku” (24-godzinny w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy od godz.07.00 do godz. 07.00 dnia następnego) | ......................................... zł(słownie:……………………………........................)za 1 dyżur **Uwaga,** maksymalna akceptowana stawka za 1 dyżur wynosi **640,00 zł.** Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu). |
| 3.3 | Dyżur pod telefonem 16- godzinny (w dni robocze od poniedziałku do piątku od godz.15.00 do godz. 07.00 dnia następnego) | ......................................... zł(słownie:……………………………........................)za 1 dyżur **Uwaga,** maksymalna akceptowana stawka za 1 dyżur wynosi **160,00 zł.** Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu). |
| 3.4 | Dyżur po telefonem 24-godzinny (soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy od godz.07.00 do godz. 07.00 dnia następnego) | ......................................... zł(słownie:……………………………........................)za 1 dyżur **Uwaga,** maksymalna akceptowana stawka za 1 dyżur wynosi **220,00 zł.** Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu). |
| **Część 4** | Realizacja świadczeń w zakresie badania wstępnego i zlecenia zabiegów | .......................................... zł(słownie:….......................................................................)za jednego pacjenta**Uwaga,** maksymalna akceptowana stawka za 1 pacjenta wynosi **17,00 zł** brutto. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu). |
| **Część 5** | **Świadczenia zdrowotne w zakresie pobytów uzdrowiskowych (pacjenci komercyjni)** |
| 5.1 | Opieka lekarska ( wstępne badanie lekarskie i zlecenie zabiegów w pierwszej dobie po przyjęciu, doraźne interwencje lekarskie na wezwanie pielęgniarki) | ....................................... zł(słownie: …………………………………...........)za 1 pacjenta do 7 dni .**Uwaga**, maksymalna akceptowana stawka za 1 pacjenta wynosi **25,00 zł** brutto. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu |
| 5.2 | Opieka lekarska - doraźne interwencje lekarskie na wezwanie pielęgniarki. | ...................................................... zł(słownie: …………………………….............).za jeden osobodzień powyżej 7 dni .**Uwaga,** maksymalna akceptowana stawka za 1 osobodzień wynosi **3,60 zł** brutto Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu). |
| **Część 6.** | Realizacja obowiązków w zakresie nadzoru balneologicznego.. | .......................................... zł(słownie:…...........................................................)miesięcznie**Uwaga,** maksymalna akceptowana stawka za 1 miesiąc wynosi **1 570,00** **zł** brutto. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu). |

Oświadczenia dotyczące postanowień SWKO:

1. Oświadczam, że:

* zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO), akceptuję je i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń;
* współpracowałem z Udzielającym zamówienie i nie było skarg pacjentów na jakość udzielanych przeze mnie świadczeń\*;
* do oferty dołączam referencje potwierdzające jakość udzielanych przeze mnie świadczeń.\*

 \*- niepotrzebne skreślić.

**Deklaruję dostępność w niżej wymienione dni tygodnia:**

poniedziałek – TAK / NIE\*,

wtorek – TAK / NIE\*,

środa – TAK / NIE\*,

czwartek - TAK /.NIE\*,

piątek - TAK / NIE\*,

sobota - TAK / NIE\*.

\*- niepotrzebne skreślić.

**Deklarują ciągłość w roku kalendarzowym:**

I kwartał – TAK / NIE\*,

II kwartał – TAK / NIE\*,

III kwartał – TAK / NIE\*,

IV kwartał - TAK / NIE\*.

\*- niepotrzebne skreślić.

2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z przepisami Ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r., poz. 633).

3. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

4. Zobowiązuję się do osobistego udzielania powyżej zadeklarowanych świadczeń zdrowotnych.

5. Zapoznałem się z treścią załącznika nr 5 (projekt umowy), nie wnoszę do niego żadnych uwag i w pełni go akceptuję Oświadczam, że w przypadku akceptacji oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w dokumentach konkursu zgodnie z wzorem umowy- załącznik nr 5 do SWKO.

6. Zobowiązuję się do prowadzenia dokumentacji medycznej wynikającej z obowiązujących przepisów.

7. Uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert.

8. Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam wymagane dokumenty i kserokopie

 dokumentów:

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

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

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

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

............................................................................................................................................................

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

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

……………………………….. ………………………………..

 Miejscowość i data (podpis i pieczęć imienna Oferenta)

\* niepotrzebne skreślić.