Znak sprawy: UŚ/L/01/2024 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 dzień opieki nad 1 pacjentem**Uwaga,** oczekiwana wynagrodzenie za opiekę nad 1 pacjentem - **4,90** zł brutto. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu). |
| 1.2 | Badanie wstępne i zlecenie zabiegów lub badanie kontrolne z bieżącą korektą zabiegów lub badanie końcowe w zależności od uzgodnionego dnia przyjazdu  | ......................................... zł(słownie:….......................................)ryczałt za 1 przyjazd **Uwaga,** oczekiwane wynagrodzenie za 1 przyjazd i dostępność do 24- godzin dla max. 70 pacjentów wynosi **2 400,00 zł** brutto(ryczałt). 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.**  |
| 2.1 | Opieka lekarska (w tym: codzienny dostęp do lekarza, badanie wstępne, badania kontrolne i badanie końcowe, doraźne interwencje lekarskie) | .......................................... zł(słownie:…................................................................)za jeden dzień opieki nad 1 pacjentem **Uwaga,** oczekiwane wynagrodzenie za 1 dzień opieki nad 1 pacjentem - 5**,30** zł brutto. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu). |
| 2.2 | Badanie wstępne i zlecenie zabiegów lub badanie kontrolne z bieżącą korektą zabiegów lub badanie końcowe w zależności od uzgodnionego dnia przyjazdu (minimum 2 razy w miesiącu).  | ......................................... zł(słownie:….......................................)ryczałt za 1 przyjazd **Uwaga,** oczekiwane wynagrodzenie za 1 przyjazd i dostępność do 24- godzin dla max. 50 pacjentów wynosi **2 400,00 zł** brutto(ryczałt). 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). Opieką objęte są osoby zakwaterowane we wszystkich obiektach Udzielającego Zamówienie (własne i obce) | .......................................... zł(słownie:…..............................................................)za 1 dyżur **Uwaga,** oczekiwane wynagrodzenie za 1 dyżur - **410,00 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). Opieką objęte są osoby zakwaterowane we wszystkich obiektach Udzielającego Zamówienie (własne i obce) | ......................................... zł(słownie:……………………………........................)za 1 dyżur **Uwaga,** oczekiwane wynagrodzenie za 1 dyżur - **750,00 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,** oczekiwane wynagrodzenie za 1 pacjenta - **20,00 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 przy pobycie do 7 dni roboczych**Uwaga**, oczekiwane wynagrodzenie za 1 pacjenta - **30,00 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 dzień opieki przy pobycie powyżej 7 dni roboczych**Uwaga,** oczekiwane wynagrodzenie za 1 dzień opieki - **4,30 zł** brutto Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu). |
| **Część 6** | **Świadczenia zdrowotne w zakresie doraźnej pomocy lekarskiej** |
| 6.1 | Doraźna pomoc lekarska w przypadku nagłego zachorowania | ...................................................... zł(słownie: …………………………….............).za jedną godzinę **Uwaga,** oczekiwane wynagrodzenie za 1 godzinę – **100,00 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.

**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 15.04.2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.).

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. Oświadczam, iż realizując umowę będę stosować przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, Dz. Urz. UE L 2016.119.1, dalej – „RODO”).

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

 dokumentów:

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

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

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

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

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

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

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

………………………………..

 Miejscowość i data

 ……………………………

 (podpis i pieczęć imienna Oferenta)