Znak sprawy: UŚ/L/01/2018 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 leczniczej (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 **3,10** 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)** | |
| 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 **3,40** 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 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 **300,00 zł**. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu) |
| 3.2 | Dyżur 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 **600,00 zł.** Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu). |
| **Część 4** | Realizacja obowiązków w zakresie nadzoru balneologicznego nad świadczeniami opieki zdrowotnej udzielanymi w zakładach uzdrowiskowych, w szczególności w zakładach przyrodoleczniczych. | .......................................... zł  (słownie:…...........................................................)  miesięcznie  **Uwaga,** maksymalna akceptowana stawka za 1 miesiąc wynosi **1500,00** **zł** brutto. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu). |
| **Część 5** | Realizacja świadczeń w zakresie badania wstępnego i zlecenia zabiegów | .......................................... zł  (słownie:….......................................................................)  za jednego pacjenta  **Uwaga,** maksymalna akceptowana stawka za 1 pacjenta wynosi **15,00 zł** brutto. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu). |
| **Część 6** | **Świadczenia zdrowotne w zakresie pobytów uzdrowiskowych (pacjenci komercyjni)** | |
| 6.1 | Wstępne badanie lekarskie w pierwszej dobie po przyjęciu i zlecenie zabiegów | ....................................... zł  (słownie: …………………………………...........)  za 1 pacjenta do 7 dni .  **Uwaga**, maksymalna akceptowana stawka za 1 pacjenta wynosi **20,00 zł** brutto. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu |
| 6.2 | Opieka lekarska ( codzienny dostęp do lekarza, doraźne interwencje lekarskie). | ...................................................... zł  (słownie: …………………………….............).  za jeden osobodzień powyżej 7 dni .  **Uwaga,** maksymalna akceptowana stawka za 1 osobodzień wynosi **2,80 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 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 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 – co potwierdzam pisemnie i załączam dokument do swojej oferty.

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)