Znak sprawy: UŚ/LP/12/2018 Załącznik Nr 1 do SWKO

**FORMULARZ OFERTOWY**

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert na: **udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby wykonujące zawód lekarza lub pielęgniarki epidemiologicznej 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.** | **Wyszczególnienie**  | **Cena jednostkowa brutto** |
| Część 1. | Realizacja obowiązków Zastępcy Kierownika Zakładu Lecznictwa Uzdrowiskowego ds. medycznych | .......................................... zł(słownie:…..................................................................).miesięcznie**Uwaga,** maksymalna akceptowana stawka wynosi **4 000,00 zł** brutto miesięcznie. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania jako nie spełniająca warunków konkursu. |
| Część 2 | Realizacja świadczeń w zakresie nadzoru rehabilitacyjnego nad pacjentami ZakładuRehabilitacji Ogólnoustrojowej  | .......................................... zł(słownie:…............................................................. )stawka jednostkowaUwaga, maksymalna akceptowana stawka jednostkowa za jednodniową dyspozycyjność wynosi **2.000 ,00 zł brutto.** Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu) |
| Część 3 | Realizacja świadczeń w zakresie nadzoru kardiologicznego nad pacjentami ZakładuRehabilitacji Kardiologicznej | .......................................... zł(słownie:…..................................... )miesięcznieUwaga, maksymalna akceptowana stawka z 1 miesiąc wynosi **2.500,00 zł** brutto. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu) |
| Część 4 | Pielęgniarka epidemiologiczna | ........................................ zł(słownie:….........................................................).miesięcznieUwaga, maksymalna akceptowana stawka wynosi **1000,00 zł brutto** miesięcznie. 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 2018 r., poz. 2190, z póź.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)