Znak sprawy: UŚ/NEP/12/2019 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 brutto** |
| **Część 1.** | Realizacja obowiązków Zastępcy Kierownika Zakładu Lecznictwa Uzdrowiskowego ds. medycznych | ......................................... zł  (słownie:….......................................)  ryczałt miesięczny  **Uwaga,** maksymalna akceptowana stawka wynosi **4000,00 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 Zakładu Rehabilitacji Ogólnoustrojowej | .......................................... zł  (słownie:…................................................................)  stawka jednostkowa  **Uwaga,** 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 Zakładu Rehabilitacji Kardiologicznej | .......................................... zł  (słownie:…..............................................................)  ryczałt miesięczny  **Uwaga,** maksymalna akceptowana stawka wynosi **2500,00 zł brutto** miesięcznie. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu) |
| **Część 4.** | Psychoterapia grupowa i indywidualna | |
| **Część 4.1** | Konsultacja specjalistyczna z zakresu indywidualnej terapii psychologicznej. | .......................................... zł  (słownie:…...........................................................)  za 1 pacjenta  **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). |
| **Część 4.2** | Psychoterapia grupowa. | .......................................... zł  (słownie:….......................................................................)  za 1 grupę  **Uwaga,** maksymalna akceptowana stawka za 1 grupę wynosi **80,00 zł** brutto. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu). |
| **Część 5.** | Realizacja świadczeń w zakresie opieki lekarskiej nad pacjentami Zakładu Rehabilitacji Kardiologicznej | ....................................... zł  (słownie: …………………………………...........)  ryczałt miesięczny  **Uwaga**, maksymalna akceptowana stawka wynosi **4000,00 zł brutto** miesięcznie. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu |
| **Część 6** | Realizacja świadczeń w zakresie opieki lekarskiej nad pacjentami komercyjnymi w obiektach „Admirał I” i „Bursztyn” w ramach dostępności w dni ustawowo wolne od pracy. | ...................................................... zł  (słownie: …………………………….............).  ryczałt miesięczny  **Uwaga,** maksymalna akceptowana stawka wynosi **600,00 zł brutto** miesięcznie. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu) |
| **Część 7** | Realizacja obowiązków Zastępcy Kierownika Zakładu Lecznictwa Uzdrowiskowego ds. balneologicznych | ......................................... zł  (słownie:…..................................................).  ryczałt miesięczny  **Uwaga,** maksymalna akceptowana stawka wynosi **4000,00** zł brutto miesięcznie. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu). |
| **Część 8** | Realizacja świadczeń w zakresie nadzoru epidemiologicznego w szpitalach uzdrowiskowych. | ........................................ zł  (słownie:….........................................................).  ryczałt miesięczny  **Uwaga,** 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.

**Deklaruję 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 2019 r., poz. 1373, 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 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)