Znak sprawy: UŚ/L/11/2020 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 lub rehabilitacji leczniczej ogólnoustrojowej (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 **3,50** 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 **3,80** 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 **310,00 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 **620,00 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 **16,00 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 **23,00 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 **3,30 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 **1500,00** 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\*.

niedziela - 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 2020 r., poz. 295, 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. Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam wymagane dokumenty i kserokopie

dokumentów:

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

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

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

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

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

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

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

………………………………..

Miejscowość i data

……………………………

(podpis i pieczęć imienna Oferenta)