

**FORMULARZ OFERTOWY**

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju:

**PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA,**

**w zakresie LEKARZ SPECJALISTA PEDIATRA**

Pełna nazwa oferenta:

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

Adres oferenta: (województwo, kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

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

Numer telefonu………………………………………………………………………………………..…...….

Adres e-mail ………………………………………………………………………………………….……….

Numer NIP…………………………………………………………………………………………..…………

Numer REGON....................................................................................................................................................

Numer właściwego rejestru ….……...................................................................................................................

Numer KRS..........................................................................................................................................................

Niniejszym zgłaszamy gotowość przystąpienia do konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

1. Niniejszym oświadczam/y, że:
2. zapoznałem/liśmy się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert w przedmiocie konkursu i nie wnoszę/simy do nich zastrzeżeń oraz uzyskałem/liśmy wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty,
3. spełniam/y niezbędne warunki w zakresie kwalifikacji personelu,
4. czuję/emy się związani niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO,
5. zapoznałem/liśmy się z warunkami umowy określonymi w załączniku do SWKO i akceptujemy je bez zastrzeżeń oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,
6. zobowiązuję/emy się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych,
7. że nie zostałem/lismy skazany/i za przestępstwo umyślne ani nie toczy się w stosunku do mnie/nas postępowanie karne za przestępstwo umyślne.
8. Personel udzielający świadczeń będących przedmiotem konkursu ofert:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Imię, nazwisko** | **Numer prawa wykonywania zawodu** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Proponuję/emy następujące ceny na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu ofert, obowiązujące w okresie obowiązywania umowy.

Kryterium cenowe

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj świadczenia** | **Cena za każdą zakończoną godzinę świadczenia usługi/brutto/PLN** | **Oferowana średniomiesięczna liczba godzin świadczenia usługi** | **Oferowana średnioroczna liczba godzin świadczenia usługi**  |
| 1 | świadczenia lekarza specjalisty PEDIATRA/lekarz POZ |  |  |  |

Kryterium niecenowe

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Kryterium** | **TAK\*** | **NIE\*** | **UWAGI** |
| 1 | posiadanie tytułu naukowego |  |  |  |
| 2 | posiadanie doświadczenia zawodowego w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w danym zakresie powyżej 10 lat |  |  |  |
| 3 | udzielanie świadczeń będących przedmiotem konkursu ofert w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia przez okres co najmniej 5 lat |  |  |  |

**\*zaznaczyć X właściwą odpowiedź**

1. Do formularza ofertowego dołączam oryginały/kserokopie dokumentów:
2. aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, obejmujące przypadki przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zakażeń wirusem HIV i WZW),
3. aktualne prawo wykonywania zawodu,
4. dokumenty potwierdzające posiadanie stosownych do zakresu świadczeń zdrowotnych kwalifikacji zawodowych tj. specjalizacji z wybranego zakresu medycyny, tytuł naukowy oraz certyfikaty potwierdzające nabycie umiejętności zawodowych,
5. oświadczenie o posiadanym doświadczeniu zawodowym w dziedzinie będącej przedmiotem konkursu (lata pracy),
6. oświadczenie o udzielaniu świadczeń będących przedmiotem konkursu ofert w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia przez okres co najmniej 5 lat.

Wzór oświadczenia, o których mowa w punkcie d), e) stanowi załącznik do niniejszego Formularza.

…………………………………….

 Data i Podpis Oferenta