

**FORMULARZ OFERTOWY**

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w rodzaju **AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA**

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:

- 1) 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,
- 2) spełniam/y niezbędne warunki w zakresie kwalifikacji personelu,
- 3) czuję/emy się związani niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO,
- 4) 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,
- 5) zobowiązuję/emy się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych,
- 6) że nie zostałem/lismy skazany/i za przestępstwo umyślne ani nie toczy się w stosunku do mnie/nas postępowanie karne za przestępstwo umyślne.

2. Personel udzielający świadczeń będących przedmiotem konkursu ofert:

| <b>l.p.</b> | <b>Imię, nazwisko</b> | <b>Numer prawa wykonywania zawodu</b> |
|-------------|-----------------------|---------------------------------------|
|             |                       |                                       |
|             |                       |                                       |
|             |                       |                                       |

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

**KRYTERIA CENOWE:**

**ZAKRES DERMATOLOGIA**

| <b>Lp.</b> | <b>Rodzaj świadczenia (jednostka rozliczeniowa)</b>     | <b>Cena za każdą udzieloną procedurę /brutto/PLN</b>         | <b>Oferowana średniomiesięcz na liczba procedur</b> | <b>Wartość ogółem (cena*liczba* 13.11.202 do 31.12.2024) PLN</b> |
|------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 1          | Porada dermatologiczna                                  |                                                              |                                                     |                                                                  |
| 2          | Zabiegi dermatologiczne – usuwanie / zaopatrzenie zmian | zmiana 1-3 lub 1 okolice anatomiczna                         |                                                     |                                                                  |
|            |                                                         | zmiana 4-10 lub 2 okolice anatomiczne                        |                                                     |                                                                  |
|            |                                                         | zmiana 11-20 lub 2 okolice anatomiczne                       |                                                     |                                                                  |
|            |                                                         | zmiana >20 lub 3 okolice i więcej) lub 3 okolice anatomiczne |                                                     |                                                                  |

**KRYTERIUM NIECENOWE:**

| <b>l.p.</b> | <b>Kryterium</b>                                                                                                                                                         | <b>TAK*</b> | <b>NIE*</b> |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| 1           | posiadanie tytułu naukowego                                                                                                                                              |             |             |
| 2           | posiadanie doświadczenia zawodowego w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w danym zakresie powyżej 5 lat (w tym w trakcie specjalizacji)                                   |             |             |
| 3           | udzielanie świadczeń będących przedmiotem konkursu ofert w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia w okresie ostatnich 5 lat |             |             |

\*zaznaczyć X właściwą odpowiedź

I. Do formularza ofertowego dołączam oryginały/kserokopie dokumentów:

- a) 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),
- b) aktualne prawo wykonywania zawodu,
- c) dokumenty potwierdzające posiadanie stosownych do zakresu świadczeń zdrowotnych kwalifikacji zawodowych tj. specjalizacji z wybranego zakresu medycyny, tytuł naukowy oraz certyfikaty potwierdzające nabycie umiejętności zawodowych,
- d) oświadczenie o posiadanym doświadczeniu zawodowym w dziedzinie będącej przedmiotem konkursu (lata pracy),
- e) oświadczenie o realizowaniu świadczeń będących przedmiotem konkursu ofert w ramach umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia (lata realizacji umowy).

.....  
Data i Podpis Oferenta