

FORMULARZ OFERTOWY

**w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie usług lekarskich świadczonych w Nocnej i Świątecznej Pomocy Medycznej POZ
oraz usług lekarskich Podstawowej Opieki Zdrowotnej
na rzecz pacjentów Pabianickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.**

Pełna nazwa oferenta:

.....
.....

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

.....

PESEL

Numer telefonu

Adres e-mail

Numer fax

Numer NIP

Numer REGON

1. Niniejszym zgłaszam gotowość przystąpienia do konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert z dnia 04.10.2023 r.
2. Niniejszym oświadczam, że:
 - 1) Zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (SWKO) w przedmiocie konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz uzyskałam/łem wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty,
 - 2) spełniam niezbędne warunki w zakresie kwalifikacji personelu,
 - 3) czuję się związana/y niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO,
 - 4) zapoznałam/łem się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 2 do SWKO i akceptuję je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,

- 5) zobowiązuję się do wypełniania swoich obowiązków, zgodnie ze sposobem organizacji oraz harmonogramem czasu pracy uzgodnionym z Udzielającym zamówienia,
- 6) zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych,
- 7) nie zostałam/łem skazana/y za przestępstwo umyślne ani nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie karne za przestępstwo umyślne.

8) **posiadam- letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń w zakresie przedmiotowego konkursu,**

9) posiadam kwalifikacje:

Nr prawa wykonywania zawodu:

Wykształcenie:

Specjalizacje:

.....

Inne:

3. Proponuję następującą cenę na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu ofert, obowiązujące w okresie obowiązywania umowy.

Zakres udzielanych świadczeń	Szacowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana cena jednostkowa	
			Dla lekarza b/specjalizacji lub I st.	Dla specjalisty lub lekarza z II st.
Usługi lekarskie w Nocnej i Świątecznej Pomocy Medycznej POZ	1 320	 zł/h – dni powszednie zł/h – dni powszednie
		 zł/h – dni świąteczne zł/h – dni świąteczne
		 zł/h – dni świąteczne : Wigilia Bożego Narodzenia, Boże Narodzenie (I i II Dzień Świąt), Sylwester, Nowy Rok, Wielkanoc (Niedziela Wielkanocna, Poniedziałek Wielkanocny) zł/h – dni świąteczne : Wigilia Bożego Narodzenia, Boże Narodzenie (I i II Dzień Świąt), Sylwester, Nowy Rok, Wielkanoc (Niedziela Wielkanocna, Poniedziałek Wielkanocny)

Usługi lekarskie w Przychodni POZ	300	 zł/h zł/h
--------------------------------------	------------	--	------------	------------

.....
Podpis Oferenta