Załącznik Nr 1 do Materiałów Informacyjnych (MI) z dn. 27.11.2023r.

Formularz oferty

Instrukcja dla Oferenta:

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany przez osobę do tego uprawnioną.

2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów wymienionych w Rozdziale I pkt. 9 MI.

3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem", podpisem przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.

4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone w oryginale do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.

5. Wszystkie strony Formularza oferty winny być parafowane przez Oferenta.

DYREKTOR
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Wadowicach
Barbara Bulanowska

I. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko lekarza .....

Rodzaj praktyki lekarskiej .....

Nr prawa wykonywania zawodu .....

Organ prowadzący rejestr (nazwa Okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)
.....

Nr księgi rejestrowej .....

Adres zamieszkania .....

Kraj Miejscowość .....

Kod pocztowy Poczta .....

Ulica Nr domu Nr lokalu .....

E-mail .....

telefon fax .....

Adres do korespondencji .....

Kraj Miejscowość .....

Kod pocztowy Poczta .....

Ulica Nr domu Nr lokalu .....

Działalność gospodarcza

Nazwa firmy .....

Siedziba – adres .....

Kraj Miejscowość .....

Kod pocztowy Poczta .....

Ulica Nr domu Nr lokalu .....

E-mail .....

telefon fax .....

Adres do korespondencji .....

Kraj Miejscowość .....

Kod pocztowy Poczta .....

Ulica Nr domu Nr lokalu .....

Numer wpisu do rejestru .....

REGON .....

Numer identyfikacji podatkowej (NIP) .....- ..... -..... - .....

Nazwa Banku .....

Nr konta bankowego .....

Osoba reprezentująca przyjmującego zamówienie .....

.....

II. Zasoby personalne, infrastrukturalne oraz organizacyjne do realizacji zamówienia"

a. Przedkładam dane personelu medycznego zgłoszonego przez Oferenta do realizacji świadczeń posiadających pełne kwalifikacje do wykonywania świadczeń medycznych będących przedmiotem zamówienia:

Lekarze:

Lp.	Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi	PESEL	Rodzaj i nr dokumentu potwierdzającego kwalifikacje	Kwalifikacje zawodowe

b. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz materiałów medycznych Udzielającego zamówienia.

c. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu zasobów organizacyjnych Udzielającego zamówienia.

Ilości i godziny świadczenia usług:

1. Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej oraz lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej (nie mniej niż 40 godzin w miesiącu) w godzinach podstawowej ordynacji.

dni tygodnia	godziny przyjęć	ilość godzin	ilość dni w miesiącu
poniedziałek			
wtorek			
środa			
czwartek			
piątek			

Razem:		

2. Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Rehabilitacji Dziennej przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej (nie mniej niż 80 godzin w miesiącu) w godzinach podstawowej ordynacji.

dni tygodnia	godziny przyjęć	ilość godzin	ilość dni w miesiącu
poniedziałek			
wtorek			
środa			
czwartek			
piątek			
	Razem:		

III. Proponowana kwota wynagrodzenia:

1. **Świadczenia zdrowotne polegające na pełnieniu funkcji Lekarza Kierującego Oddziałem Rehabilitacji Ogólnoustrojowej.** Wynagrodzenie w kwocie odpowiadającej ..... zł (słownie: .....) brutto za 1 godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w ramach funkcji Lekarza Kierującego Oddziałem.

2. **Świadczenia zdrowotne polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez w/w lekarza specjalistę w godzinach podstawowej ordynacji w ramach Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej i Oddziału Rehabilitacji Dziennej.** Wynagrodzenie w kwocie odpowiadającej ..... zł (słownie: .....) brutto za 1 godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych.

IV. Oświadczenia:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienność cen.

2. Oferuję termin płatności ..... dni (min. 30 dni) od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego zamówienia.

3. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

4. Zapoznałem się wszystkimi koniecznymi informacjami oraz wyjaśnieniami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.

5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres **od 01.01.2023 roku do 30.12.2025 roku .**

6. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.

7. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.

8. Zobowiązuję się, najpóźniej w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, do zawarcia z Udzielającym Zamówienia umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia.

9. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.

10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

11. Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.

Miejscowość .....

Data .....

.....
(pieczątka i podpis Oferenta
lub osoby upoważnionej)