|  |
| --- |
| pieczęć |

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "REPTY" Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. gen. Jerzego Ziętka ul. Śniadeckiego 1 42-604 Tarnowskie Góry**

**FORMULARZ OFERTY NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**Dotyczy Poradni Kardiologicznej**

**Oznaczenie oferenta:**

**...............................................................................................................................................................**

**..............................................................................................................................................................**

**Adres oferenta:**

**...............................................................................................................................................................**

**...............................................................................................................................................................**

*(nazwa i siedziba zakładu opieki zdrowotnej oraz numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, lub imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)*

**Adres do korespondencji:**

**...............................................................................................................................................................**

**..............................................................................................Tel. ...........................................................**

**UWAGA:**

1. **Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.**
2. **Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.**
3. **Do oferty należy załączyć:**
4. **kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ KRS lub wyciąg z CEIDG, REGON, NIP**
5. **kserokopię odpisu z właściwego rejestru,**
6. **Dokumenty świadczące o kwalifikacjach (dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji)- tj. prawo wykonywania zawodu, dyplom ukończenia studiów, dyplomy specjalizacyjne lub kartę szkolenia specjalizacyjnego, referencje oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na wybór oferenta – proszę załączyć do oferty i wymienić w spisie załączników do niniejszej oferty.**
7. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz
8. oświadczenie o zgodności danych przedkładanych przez oferenta pod rygorem odpowiedzialności karnej – **dotyczy podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcą, spółką cywilną, inną spółką handlową.**
9. **Brak dostarczenia wraz z ofertą dokumentów poświadczających posiadane kwalifikacje spowoduje odrzucenie oferty.**

|  |
| --- |
| pieczęć |

**I. ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA OCZEKUJĘ ZAPŁATY WG NASTEPUJĄCYCH STAWEK:**

KRYTERIUM: CENA

**Właściwe podkreślić:**

1. Lekarz specjalista (lekarz z II stopniem specjalizacji)

za usługi lekarskie w Poradni stawka .................. za 1 pkt. rozliczeniowy

(słownie zł ..................................................................................................................................................)

1. Lekarz z I stopniem specjalizacji oraz lekarz w trakcie Szkolenia specjalizacyjnego.

za usługi lekarskie w Poradni stawka .................. za 1 pkt. rozliczeniowy

(słownie zł ..................................................................................................................................................)

UWAGA: Udzielający zamówienia zastrzega, iż w przypadku złożenia ofert przez lekarzy z I stopniem specjalizacji (lub w trakcie Szkolenia specjalizacyjnego) łącznie z lekarzami z tytułem specjalisty (z II stopniem specjalizacji) ocena kryterium „Cena” dokonywać się będzie osobno dla ofert złożonych przez lekarzy specjalistów (i lekarzy z II stopniem specjalizacji) oraz osobno dla ofert złożonych przez lekarzy z I stopniem specjalizacji i lekarzy w trakcie Szkolenia specjalizacyjnego.

Kolejno, w zakresie kryteriów opisanych w SWKO (w kolejności a-d: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

1. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam ……………………………………………… letnie doświadczenie zawodowe.
2. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe) ………………………………………………………………………………………………………………………….........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
3. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):
	* + 1. co najmniej 4 godzin w każdym tygodniu, w dni powszednie w godzinach w przedziale

od 7:30 do 20:00 - …………………………………………

* + - 1. co najmniej 6 godzin w każdym tygodniu, w dni powszednie w godzinach w przedziale

od 7:30 do 20:00 – ………………………………………

* + - 1. co najmniej 12 godzin w każdym tygodniu, w dni powszednie w godzinach w przedziale

 od 7:30 do 20:00 – …………………………………………

1. W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):
	* + 1. Jeden dzień w jednym tygodniu – ………………………………………………………
			2. Dwa dni w jednym tygodniu – ……………………………………………………………
			3. co najmniej trzy dni w jednym tygodniu – …………………………………………….

**Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów zgodnie z treścią Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.**

**Łącznie do zdobycia punktów: 100.**

**II. OFEROWANE DNI I GODZINY:**

Należy wskazać oferowane dni i godziny udzielania świadczeń, które nie powodują dla Przyjmującego zamówienie zbiegu z harmonogramem udzielania świadczeń zdrowotnych u innego świadczeniodawcy.

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

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

Uwaga:

Udzielanie świadczeń w wyznaczonych dniach / godzinach nie jest zależne od poziomu wypracowanych przez Przyjmującego zamówienie punktów NFZ (Przyjmujący zamówienie jest każdorazowo obowiązany w wyznaczonym dniu / dniach stawić się w Poradni w gotowości do Udzielania świadczeń).

**Oświadczam, że :**

1. świadczenia wykonywane będą w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej "REPTY" Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. gen. Jerzego Ziętka ul. Śniadeckiego 1 42-604 Tarnowskie Góry przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji Udzielającego zamówienia,
2. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy oraz przystąpienia do realizacji zamówienia,
3. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.

**oraz, że zapoznałem się z treścią:**

1. ogłoszenia,
2. przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
3. szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO) i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
4. projektem umowy i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń,
5. klauzulą informacyjna dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez SP ZOZ „REPTY” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach.

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

Data Podpis i pieczątka Oferenta

***UWAGA :*** *W przypadku wyboru oferty i zawarcia umowy na oferencie ciąży obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach określonych ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.*

Załącznikami do niniejszej oferty są :

1. ....................................................................................................................................................

2. ....................................................................................................................................................

3. ....................................................................................................................................................