Załącznik nr 1

........................................ ................................. dnia ......................

 pieczątka Oferenta

# O F E R T A

Na: „udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Poradni Chorób Metabolicznych wykonywanych przez indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie”

## I. DANE OFERENTA

1. Pełna nazwa firmy (lub imię i nazwisko)

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Adres z kodem ..............................................................................................................................................
2. tel. ........................................................e-mail:………………………...........................................................
3. NIP ........................................................ REGON ...................................................
4. Zarejestrowany pod numerem …………………………. w rejestrze ……………………………...…….

## II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Poradni Chorób Metabolicznych, zgodnie z wymaganiami określonymi w ogłoszeniu konkursu.
2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z obowiązującymi przepisami na terenie RP.
3. Zobowiązuję się do udzielania porad specjalistycznych dla pacjentów Poradni Chorób Metabolicznych, w okresie nie krótszym niż 12 miesięcy od 01.01.2024 r.
4. Oświadczam, że oferowane świadczenia będą wykonywane osobiście, na poziomie zgodnym
z przyjętymi standardami, aktualną wiedzą medyczną, z zachowaniem należytej staranności, zgodnie wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP.
5. Świadczenia będą udzielane zgodnie z harmonogramem potwierdzonym z Udzielającym Zamówienia. Poradnia Chorób Metabolicznych udziela świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poniedziałki godz. 8:00-18:00 oraz wtorki-piątki 8:00-15:35.

Deklaruję łączną dyspozycyjność w wymiarze nie mniejszym niż ………... godz. tygodniowo, przy jednoczesnej dostępności w co najmniej ………... z 5 dni roboczych w tygodniu, nie mniej niż ………... godz. dziennie.

Szczegółowy wykaz dostępności:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| dzień tygodnia | od godz. do godz. | Liczba godzin |
| Poniedziałek |  |  |
| Wtorek |  |  |
| Środa |  |  |
| Czwartek |  |  |
| Piątek |  |  |
| **razem tygodniowo** | ………………… |

##### III. WARTOŚĆ OFERTY

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Zakres  | Szacunkowa deklarowana liczba porad **1 miesiąc**  | Szacunkowa deklarowana liczba porad w okresie **12 miesięcy** | Cena jednostkowa brutto PLN za jedną poradę |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |
| 1. | Porada pierwszorazowa(W40, W41,W42,W43,W44,W46) | ……… | ……… | ………………… PLN |
| 1. | Porada kontynuacyjna bez badań diagnostycznych(W11) | ……… | ……… | ………………… PLN |
| 2. | Porada kontynuacyjna z badaniami diagnostycznymi(W12,W13,W14,W17,W15) | ……… | ……… | ………………… PLN |

##### IV. ISTOTNE WARUNKI UMOWY

1. Oświadczam, że akceptuję istotne dla Zamawiającego postanowienia zawarte
w ogólnych warunkach umowy i zobowiązuję się do jej zawarcia na warunkach określonym w niniejszym projekcie w przypadku wyboru mojej oferty.
2. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy oraz dostarczenia kopii polisy Zamawiającemu najpóźniej w dniu poprzedzającym zawarcie umowy.

##### V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz ogólnymi warunkami umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
2. Termin ważności oferty wynosi 30 dni od terminu składania ofert.

## VI. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

1. zaświadczenie o wpisie do/wyciąg z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL) w formie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej - zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
2. informacja/ zaświadczenie o wpisie w rejestrze przedsiębiorców KRS lub CEIDG,
3. kopia dyplomu lekarza,
4. kopia dokumentu Prawo wykonywania zawodu lekarza,
5. kopia dokumentu potwierdzającego posiadanie tytułu specjalisty w zakresie odpowiadającym przedmiotowi świadczeń zdrowotnych,
6. kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy najpóźniej w dniu podpisania umowy.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Podpis Oferenta