Załącznik Nr 1 do SWKO

**23 Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny SP ZOZ**

 **57-540 Lądek Zdrój, Pl. Mariański 7/8 – siedziba przy ul. Jadwigi 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

W odpowiedzi na **ogłoszenie Nr KO/2/SUZ/2019** do złożenia propozycji ofertowej w konkursie ofert na udzielanie zamówienia na świadczenie usług zdrowotnych

 **w zakresie określonym w Zadaniach nr 1 - 5.**

**OFERENT**

 Nazwa oferenta (oraz imię i nazwisko): ....................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

Adres oferenta: ....................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

Numer NIP………………………………………… REGON ……………………………………….

Numer telefonu …....................................................

Numer wpisu do właściwego rejestru ZOZ, CEDG ( Izb Lekarskich/ewidencji działalności gospodarczej) ..............................................................................................................................................................;

Oferuję/my realizację zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Konkursu Ofertowego za cenę:

**I. KRYTERIUM CENOWE :**

**1.Zadanie Nr 1**

 **1.1. za obsługę pacjenta w czasie trwania turnusu:**

**( leczenie uzdrowiskowe sanatoryjne )**

 **jednostkowa cena brutto........................ zł (słownie:….................................................................... )**

**2. Zadanie Nr 2**

 **2.1. za obsługę jednego pacjenta w czasie trwania turnusu:**

 **(leczenie w oddziale rehabilitacji narządu ruchu w ramach prewencji ZUS )**

**jednostkowa cena brutto : 80,00 zł ( słownie : osiemdziesiąt złotych )**

**3. Zadanie Nr 3**

 **3.1. za obsługę jednego pacjenta w czasie trwania turnusu:**

**( rehabilitacja żołnierzy powracających z misji zagranicznych )**

**jednostkowa cena brutto : ……………………….. zł (słownie: ………………………….)**

**4.Zadanie Nr 4**

 **4.1. za obsługę pacjenta w czasie trwania turnusu:**

**(leczenie w oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej )**

 **jednostkowa cena brutto........................ zł (słownie:…....................................................................**

**5. Zadanie Nr 5**

**5.1 za jedną kosultację specjalistyczną**

**Jednostkowa cena brutto : ……………………………… ( słownie : …………………………)**

**II. KRYTERIUM NIECENOWE :**

1. **Doświadczenie w przedmiocie Konkursu ofert – ( w latach ): ………………………**

**Oświadczenia dotyczące postanowień SWKO:**

* 1. przystępuję do konkursu jako podmiot wykonujący działalność leczniczą w ramach prowadzonej działalności gospodarczej;
	2. Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych
	3. nie zalegam z opłacaniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne;
	4. posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia;
	5. wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym;
	6. propozycja ofertowa zawiera wszelkie koszty wykonania zamówienia;
	7. oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z wymaganiami i warunkami opisanymi w SWKO i w projekcie umowy;
	8. Zobowiązuję się do prowadzenia dokumentacji medycznej wynikającej z obowiązujących przepisów.
	9. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert

Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam/my wymagane kserokopie dokumentów :

1. Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia dyplomu:
2. Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia dyplomu specjalizacji;
3. Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia prawa wykonywania zawodu;
4. Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia zaświadczenia o wpisie do właściwego rejestru/zezwolenia na wykonywanie praktyki z Izb Lekarskich;
5. Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub KRS:
6. Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia aktualnej (obejmującej okres obowiązywania umowy) polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielania świadczeń, zgodnych z przedmiotem zamówienia;
7. Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia informacji dotyczącej wymaganego stażu pracy;
8. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy.

Miejscowość i data

…………………………………

Pieczęć i podpis