**FORMULARZ OFERTOWY**

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie**ortopedii i traumatologii narządu ruchu w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Bloku Operacyjnym Szpitala SP ZOZ MSWiA w Kielcach   
im. św. Jana Pawła  II**, ul. Wojska Polskiego 51, na rzecz pacjentów w okresie od 1 stycznia 2024r. do dnia 31  grudnia 2025r.

# **Dane świadczeniodawcy:**

1. Imię i nazwisko/nazwa podmiotu oraz imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych w imieniu podmiotu: ……………………………………………………………..........................................
2. Siedziba:…………………………………………………………………………………………………………………….
3. Prowadzący działalność gospodarczą pod nazwą:

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

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

1. NIP………………………………………… REGON…………………………………………………………………….
2. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą……………………...
3. Specjalizacja: …………………………………………………….………………………………
4. Tytuł naukowy: …………………………………………………………………………………
5. Adres poczty internetowej(e-mail) ;……………………………………………… nr tel.:…………………………

# **Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny:**

Świadczenia zdrowotne zawarte w ofercie wykonywane będą na bazie sprzętu i pomieszczeń w  siedzibie szpitala SP ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II.

# **Określenie stawki za udzielone świadczenie.**

1. Stawka brutto za wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Bloku Operacyjnym Szpitala SP ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II., wynosi: ………………………… (słownie: ………………………………………………………………………) za jedną godzinę świadczenia zdrowotnego,
2. .........(słownie....................................) (%) wartości za wykonanie procedury w ramach umowy podpisanej z NFZ za przyjazd do zabiegu

Stawka w kwocie brutto za godzinę specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie **ortopedii i  traumatologii narządu ruchu** winna mieścić się w granicach:

- od 140,00zł do 160 zł (brutto) za godzinę dla lekarza na miejscu w Oddziale

oraz do 15% wartości za wykonanie procedury w ramach umowy podpisanej z NFZ za przyjazd do zabiegu.

# **Załączniki do oferty:**

* 1. zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu podmiotu będącego osobą fizyczną lub osoby udzielającej świadczeń w imieniu podmiotu nie będącego osobą fizyczną;
  2. dokument potwierdzający kwalifikacje;
  3. informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z Krajowego Rejestru Sądowego albo Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
  4. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych lub grupowych specjalistycznych praktyk lekarskich albo podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
  5. oświadczenie o posiadaniu ubezpieczenia zgodnego z rozporządzeniem Ministra Finansów z  dnia 29  kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
  6. Kopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych wystawionego przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych lub oświadczenie   
     o zobowiązaniu się do jej przedłożenia przy podpisywaniu umowy z Udzielającym zamówienia

# **Numer konta bankowego:**

………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że:

* zapoznałem/am się z treścią specyfikacji oraz ogłoszenia o wszczęciu postępowania konkursowego na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Bloku Operacyjnym Szpitala Samodzielnego Publicznego Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i  Administracji w Kielcach im. św. Jana Pawła II;
* akceptuję warunki konkursu oraz oświadczam, że spełniam określone w obowiązujących przepisach prawnych i specyfikacji szczegółowych warunków konkursu ofert warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, a w przypadku wybrania mojej oferty, zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów udzielającego zamówienie na powyższych warunkach.

……………..……………………………..

(data i podpis świadczeniodawcy)