**FORMULARZ OFERTOWY**

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w SP ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II**, ul. Wojska Polskiego 51, na rzecz pacjentów w warunkach ambulatoryjnych oraz w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy (warunkach wyjazdowych) w okresie od 1 stycznia 2025 r. do dnia 31 grudnia 2026 r.

# **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.**

Stawka brutto za wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w SP ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II.:

* w dni robocze wynosi: ……………… (słownie: …………………………………………… …………………............................…………………………...) za jedną godzinę świadczenia zdrowotnego.
* w soboty, niedziele i święta wynosi: ………………………………………………….

(słownie: ………………………………………………………………………………………………………………………) za jedną godzinę.

Stawka w kwocie brutto za godzinę specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w SP ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II przy ul. Wojska Polskiego 51 na rzecz pacjentów w warunkach ambulatoryjnych oraz w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy (warunkach wyjazdowych) winna mieścić się w granicach:

- od 130,00zł do 150,00 zł (brutto) za godzinę dla lekarza w dni robocze

- od 140,00zł do 160,00zł (brutto) za godzinę dla lekarza w sobotę, niedziele i święta.

# **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
	7. Oświadczenie o zgodności przedstawionych danych,

# **Numer konta bankowego:** ………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że:

* zapoznałem/am się z treścią specyfikacji oraz ogłoszenia o wszczęciu postępowania konkursowego na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w SP ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II przy ul. Wojska Polskiego 51 na rzecz pacjentów w warunkach ambulatoryjnych oraz w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy (warunkach wyjazdowych);
* 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)