**Ozn. postępowania 04/2023 załącznik nr 1.5 do**

**Regulaminu Konkursu**

**SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy**

**ul. Markwarta 4-6**

* 1. **B Y D G O S Z C Z**

# FORMULARZ OFERTOWY

**Oferent winien wypełnić formularz oferty odpowiedni do rodzaju świadczonych usług.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma / Imię i nazwisko** |  |
| **Adres** | **Kod pocztowy** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr domu/mieszkania** |  |
| **Numer księgi rejestrowej** |  |
| **REGON** |  |
| **NIP** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **Adres e-mailowy** |  |

Przystępując do konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych ogłoszonego przez SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku ustawy o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2023, poz. 991 ze zm.).

**O F E R U J Ę**

**1. Swoje usługi medyczne w :**

**Zakres nr 5 - Lekarz specjalista / w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurologii**

|  |
| --- |
| 1. **Lekarz specjalista / w trakcie specjalizacji\*** udzielający świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neurologii, Rehabilitacji Neurologicznej i Leczenia Udarów SP WZOZ MSWiA ………………**zł brutto za 1 godzinę** realizacji świadczeń zdrowotnych w ordynacji dziennej;
2. **Lekarz specjalista / w trakcie specjalizacji\*** udzielający świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neurologii, Rehabilitacji Neurologicznej i Leczenia Udarów SP WZOZ MSWiA **………………zł/ 1 brutto za 1 godzinę dyżuru** w dzień powszedni;
3. **Lekarz specjalista / w trakcie specjalizacji\*** udzielający świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neurologii, Rehabilitacji Neurologicznej i Leczenia Udarów SP WZOZ MSWiA **………………zł/ za 1 godzinę dyżuru** w dzień świąteczny;
4. **Lekarz specjalista / w trakcie specjalizacji\*** udzielający świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurologicznej SP WZOZ MSWiA ………………**zł** **brutto za 1 punkt;**
5. **Lekarz specjalista / w trakcie specjalizacji\*** udzielający świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Poradni Badań Profilaktycznych lub K-P RKL MSWiA ………………**zł** **brutto za 1 poradę;**
6. **…………….zł/ za 1 opis badania EEG** (pacjent komercyjny);
7. Za realizację świadczeń komercyjnych **…..........… %** przychodu z tytułu świadczeń komercyjnych.
 |

\*Niepotrzebne skreślić

* + 1. Oświadczam, że:
1. Wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, etyki zawodowej z poszanowaniem praw pacjenta;
2. Kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty, jakie Udzielający zamówienia zobowiązany będzie ponieść w związku z wykonaniem przedmiotowego zamówienia;
3. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie, akceptuję wzór umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.
4. Posiadam uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych
5. Jestem przeszkolona/y w zakresie bhp i p. poż.;
6. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019, poz. 866) i do załączenia jej do umowy najpóźniej na dzień przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych;
7. Zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia lekarskiego o objęciu profilaktyczną opieką zdrowotną.
8. Zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia do celów SE
9. Zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia o przeszkoleniu w zakresie EM ( jeśli dotyczy)
10. Zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia o szczepieniu przeciwko WZW typu B.
11. **Do oferty załączam następujące załączniki**: (proszę wymienić wszystkie załączniki załączone do oferty – zgodnie ze stanem faktycznym)
12. Aktualny dokument dopuszczający Wykonawcę do obrotu prawnego (wyciąg z odpowiedniego rejestru sądowego lub wydruk wpisu z systemu CEIDG);
13. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
14. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe (Kserokopia dyplomu, prawa wykonywania zawodu, dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej);
15. Kserokopia polisy ubezpieczeniowej OC lub zobowiązanie do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej najpóźniej na dzień przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych;
16. Inne ………………………………………………………..
17. Oferta zawiera …….. stron kolejno ponumerowanych i trwale połączonych.

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

(podpis osoby/osób upoważnionych wraz z jej/ich pieczątkami