Załącznik nr 1 do SWKO

**MCMG-ZP.2720.3.2025**

**FORMULARZ OFERTOWY**

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w  zakresie podstawowej opieki zdrowotnej -świadczenia udzielane przez lekarza w poradni podstawowej opieki zdrowotnej **-** nr referencyjny postępowania: MCMG-ZP.2720.3.2025prowadzonym przez Miejskie Centrum Medyczne „Górna” w Łodzi

Oferta dotyczy realizacji świadczeń zdrowotnychw zakresie:

**świadczeń lekarza w poradni podstawowej opieki zdrowotnej**

Dane identyfikacyjne Oferenta zgodnie z właściwymi ewidencjami lub rejestrami w tym odpowiednio: imię i nazwisko (nazwę i siedzibę).

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

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

Numer wpisu do właściwego rejestru lub ewidencji …...…………………..……………

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

Adres e-mail …………………………………..……………………..……………………….

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

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

1. Niniejszym zgłaszam gotowość udzielania świadczeń zdrowotnych określonych powyżej, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert nr referencyjny postępowania MCMG-ZP.2720.3.2025.
2. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert w przedmiocie konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz uzyskałam/łem wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty.
3. Oświadczam, że spełniam niezbędne warunki w zakresie wymaganych kwalifikacji.
4. Oświadczam, że jestem związana/y niniejszą ofertą przez okres 30 od dnia składania ofert.
5. Oświadczam, że nie mam zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o wykonywanie świadczeń.
6. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 2 do SWKO i akceptuję je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
7. Oświadczam, że zobowiązuję się do wypełniania swoich obowiązków, zgodnie ze sposobem organizacji oraz harmonogramem czasu pracy uzgodnionym z Udzielającym zamówienia.
8. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanego rodzaju świadczeń zdrowotnych będzie kontynuowana w całym okresie trwania umowy z sumą ubezpieczenia nie mniejszą niż wynikająca z obowiązujących przepisów prawa.
9. Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.
10. Oferuję następującą cenę na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu:

**Oferowana cena/stawka:**

* 1. za każdą godzinę świadczenia usługi ………………….. zł/h (słownie …………………………………………………………)

*Powyższe kryterium służy do porównania ofert i wyboru Świadczeniodawcy.*

* 1. za każdą prawidłowo zrealizowaną i opisaną wizytę kompleksową pacjenta (w tym opracowanie Indywidualnego Planu Opieki Medycznej) w ramach opieki koordynowanej w POZ – **……………** zł (słownie …………………………………..)

(maksymalna stawka określona przez Udzielającego zamówienie za jedną prawidłowo zrealizowaną i opisaną wizytę kompleksową pacjenta– 50,00 zł)

* 1. za pacjenta, który został przyjęty do programu „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” i któremu zostały wykonane wszystkie świadczenia medyczne określone w rozporządzeniu MZ, – …………… zł (słownie ………………………)

(maksymalna stawka określona przez Udzielającego zamówienie za jednego pacjenta w ramach programu „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”– 50,00 zł)

* 1. Za pacjenta przyjętego komercyjnie – **…………… %** (słownie ………… procent)

(maksymalny % kwoty określonej w Załączniku nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego „Procedura pobierania opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych i / lub udzielone osobom nieubezpieczonym Udzielającego zamówienie” – 70% kwoty wykazanej w Cenniku)

**Dodatkowo proszę zadeklarować, czy usługa będzie świadczona jako dodatkowa, proszę zaznaczyć właściwe.**

* 1. Zapewnienie opieki medycznej nad pacjentami DPS pozostającego pod opieką Udzielającego zamówienia:

**□ Tak □ Nie**

**Oferowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych** (ile razy w tygodniu, w jakie dni i w jakich godzinach).

……………………………………………………………………………………………

………………………………….

Data i Podpis Oferenta

**Załącznikami do oferty są:**

1)

2)

3)

4)

5)