Załącznik nr 1 do SWKO

**MCMG-ZP.2720.1.2023**

**FORMULARZ OFERTOWY**

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w  zakresie podstawowej opieki zdrowotnej **-** nr referencyjny postępowania: MCMG-ZP.2720.1.2023prowadzonym przez Miejskie Centrum Medyczne „Górna” w Łodzi

Oferta dotyczy realizacji świadczeń zdrowotnychw zakresie:

**Część 1: świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. \***

**Część 2: świadczeń lekarza pediatry w gabinecie podstawowej opieki zdrowotnej. \***

***\*niepotrzebne skreślić***

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

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

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

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.2720.1.2023.
2. Oświadcza, 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.
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 złotych. …………………………………………………………)

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

* 1. Za pacjenta przyjętego komercyjnie 70 % (słownie siedemdziesiąt procent)

**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 pracy** (ile razy w tygodniu, w jakie dni i w jakich godzinach).

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

……………………………………….

Data i Podpis Oferenta

**Załącznikami do oferty są:**

1)

2)

3)

4)

5)