**Ozn. postępowania 05/2022 załącznik nr 1.2 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 (Dz. U. z 2022, poz. 633 ze zm.).

**O F E R U J Ę**

**1. Swoje usługi medyczne w :**

|  |
| --- |
| **Zakres nr 2**   1. Lekarz specjalista udzielający świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neurologicznym z Rehabilitacją Neurologiczną SP WZOZ MSWiA ………………**zł brutto za 1 godzinę** zrealizowanych świadczeń zdrowotnych w ordynacji dziennej; 2. Lekarz specjalista udzielający świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neurologicznym z Rehabilitacją Neurologiczną SP WZOZ MSWiA **………………zł/ 1 brutto za dyżur** w dzień powszedni; 3. Lekarz specjalista udzielający świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neurologicznym z Rehabilitacją Neurologiczną SP WZOZ MSWiA **………………zł/ 1 brutto za dyżur** w dzień świąteczny; 4. Lekarz Specjalista udzielający świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurologicznej SP WZOZ MSWiA   **1)…………….zł/ za 1 punkt** (pacjent NFZ);  **2)..…………..zł/ za 1 badanie** (na rzecz K-P RKL MSWiA);  **3)……………..zł/ za 1 badanie EEG**  e) Lekarz specjalista udzielający świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurologicznej SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy ………………**% za realizacje świadczeń komercyjnych**;  f) Lekarz specjalista udzielający świadczeń zdrowotnych na stanowisku Kierownika Oddziału Neurologicznego z Rehabilitacją Neurologiczną SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy ………………**zł brutto miesięcznego ryczałtu** za realizacje świadczeń zgodnie z harmonogramem. |

* + 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)