

FORMULARZ OFERTY

.....  
pieczęć firmowa Oferenta

Pełna nazwa Oferenta

.....

Adres

.....

adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres Oferenta)

.....

NIP: ..... Regon ..... KRS .....

Nr księgi rejestrowej w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

.....

Tel. .... fax .....

e-mail.....

Termin realizacji przedmiotu konkursu:

w zakresie Pakietu nr 1 - 24 miesiące od dnia 1 września 2020 r.

w zakresie Pakietu nr 2 - 23 miesiące od dnia 1 października 2020 r. z możliwością rozpoczęcia realizacji umowy w okresie od 1 września 2020 r. jeżeli taka gotowość nastąpi po obu stronach umowy.

l.p.	Zakres świadczeń	maksymalna miesięczna kwota brutto przeznaczona przez Zamawiającego na realizację zamówienia w okresie 24 m-cy (01.09.2020-31.08.2022)	oferowana miesięczna kwota brutto na realizację zamówienia w okresie 24 m-cy (01.09.2020-31.08.2022)	wartość brutto w okresie 24 miesięcy
1.	PAKIET 1 - świadczenia zdrowotne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej <ol style="list-style-type: none"> <li>1. świadczenia lekarza POZ</li> <li>2. świadczenia pielęgniarki POZ</li> <li>3. świadczenia położnej POZ</li> <li>4. transport sanitarny POZ</li> </ol> na rzecz Zamawiającego	69 945,00 zł		
	<b>Razem Pakiet 1</b>	XXXXXXXXXXXXXXXXXX		
	Zakres świadczeń	maksymalna miesięczna kwota brutto przeznaczona przez Zamawiającego na realizację zamówienia przez okres 3 m-cy (01.10-31.12.2020)	oferowana miesięczna kwota brutto na realizację zamówienia przez okres 3 m-cy (01.10-31.12.2020)	wartość brutto w okresie 3 miesięcy
2.1	PAKIET 2 - świadczenia zdrowotne w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej <ol style="list-style-type: none"> <li>1. porada lekarska</li> <li>2. świadczenia udzielane przez pielęgniarkę</li> <li>3. transport sanitarny</li> </ol> na rzecz Zamawiającego oraz Podmiotu trzeciego, z którym Zamawiający zawarł umowę do 31.12.2020 r.)	185 895,00 zł		
		maksymalna miesięczna szacowana kwota brutto przeznaczona przez Zamawiającego na realizację zamówienia w okresie 20 m-cy (01.01.2021-31.08.2022)	oferowana miesięczna kwota brutto na realizację zamówienia w okresie 20 m-cy (01.01.2021-31.08.2022)	wartość brutto w okresie 20 miesięcy
2.2	PAKIET 2 - świadczenia zdrowotne w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej <ol style="list-style-type: none"> <li>1. porada lekarska</li> <li>2. świadczenia udzielane przez pielęgniarkę</li> <li>3. transport sanitarny</li> </ol> na rzecz Zamawiającego	95 895,00 zł		
	<b>Razem Pakiet 2 poz. 2.1 i 2.2</b>	XXXXXXXXXXXXXXXXXX		

Oświadczam, że oferowane wynagrodzenie zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu umowy niezbędne do prawidłowej realizacji przedmiotu zamówienia.

Oświadczam, że przedmiot zamówienia będę realizować wykorzystując pojazd:

1. (marka pojazdu) ....., (nr rejestracyjny).....
2. (marka pojazdu) ....., (nr rejestracyjny).....

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczętka i podpis osoby uprawnionej do  
reprezentowania Oferenta

**Wykaz personelu medycznego, który będzie uczestniczył w wykonywaniu świadczeń w ramach umowy - Pakiet 1 - podstawowa opieka zdrowotna**

Imię	Nazwisko	Zawód	Nazwa i stopień specjalizacji	Numer prawa wykonywania zawodu

**Wykaz personelu medycznego, który będzie uczestniczył w wykonywaniu świadczeń w ramach umowy - Pakiet 2 -nocna i świąteczna opieka zdrowotna**

Imię	Nazwisko	Zawód	Nazwa i stopień specjalizacji	Numer prawa wykonywania zawodu

.....  
(miejscowość, data).....  
(pieczęć, podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta)

### OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Przystępując do konkursu ofert w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na terenie Sosnowca przez lekarza i pielęgniarkę wg wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia oświadczam, że zapoznałem się z ogłoszeniem o konkursie ofert, warunkami konkursu i wzorami umów i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w złożonej ofercie, przez Sosnowiecki Szpital Miejski sp. z o.o., 41-219 Sosnowiec, ul. Szpitalna 1 w okresie 60 dni od dnia składania ofert wyznaczonego przez Zamawiającego na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego.
3. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą na okres 60 dni od terminu składania ofert wskazanego w ogłoszeniu o konkursie.
4. Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w ofercie i wg wzoru przedstawionego przez Zamawiającego.
5. Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń medycznych oświadczam, że:
  - 1) wszystkie zawarte umowy w zakresie objętym przedmiotem zamówienia były i są realizowane należycie,
  - 2) w ciągu ostatnich 5 lat nie wnoszono wobec reprezentowanego przeze mnie podmiotu skarg odnoszących się do realizacji umów z podmiotami leczniczymi.
6. Oświadczam, że przedmiot zamówienia będzie realizowany przez personel z uprawnieniami do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot niniejszego konkursu.
7. Oświadczam, że przedmiot zamówienia będzie realizowany przy użyciu wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, które pozwalają na realizację objętego złożoną ofertą zakresu badań;
8. Deklaruję przeniesienie praw i obowiązków wynikających z przyszłej umowy zawartej z Zamawiającym na osobę trzecią\*\*, tj. (wskazać podmiot)..... w zakresie (wskazać zakres)\*..... na podstawie umowy nr ..... z dnia .....

\*niepotrzebne skreślić

\*\* jeśli dotyczy

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć, podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta)