***Załącznik nr 1*** *do Materiałów Informacyjnych i Szczegółowych Warunków Konkursu*

### F O R M U L A R Z O F E R T Y

**dot. Postępowania Konkursowego Nr OP/15/K/2024 obejmującego zamówienie nazlecenie**

**SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W CHORZOWIE**

**w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych – przez LEKARZY SPECJALISTÓW   
CHORÓB ZAKAŹNYCH W PORADNI HEPATOLOGICZNEJ, PRZEZ OKRES 24 MIESIĘCY**

1. **Dane Oferenta:**

Pełna nazwa Oferenta

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

…………………………………………………….………..…………

Regon ........................................ NIP ........................................ PESEL …………………………

Adres Oferenta:

ul. ............................................................................... nr …………..……

kod pocztowy ........................... miejscowość .........................................................................

Adres zamieszkania Oferenta (osoby fizycznej):

ul. ............................................................................... nr …………..……

kod pocztowy .............................. miejscowość .........................................................................

Dane kontaktowe:

tel. ........................................................ mail: ………….……….……………………..…………

***UWAGA: wszystkie informacje dotyczące postępowania są przesyłane na podany mail***

1. **Oferowany czas trwania umowy to ……..… miesięcy, preferowany to 24 miesiące.**
2. **Oferuję termin płatności 10 dni, od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT (rachunku).**
3. **Oferuję sposób realizacji przedmiotu umowy zgodnie z wymaganiami NFZ i potrzebami Szpitala.**

1. **Oferuję dodatkowo ponad wymagany standard:**

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

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

*.........................................*

*pieczątka i podpis Oferenta*

**dot. Postępowania Konkursowego OP/15/K/2024 obejmującego zamówienie nazlecenie SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W CHORZOWIE**

**w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych – LEKARZY SPECJALISTÓW   
CHORÓB ZAKAŹNYCH W PORADNI HEPATOLOGICZNEJ, PRZEZ OKRES 24 MIESIĘCY.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PORADNIA HEPATOLOGICZNA** | | | | |
| **Numer pozycji w Pakiecie** | **Przedmiot Zamówienia Wymagania Udzielającego Zamówienie, które oferent bezwzględnie musi spełnić** | **Kwalifikacje** | **Oferowana ilość godzin miesięcznie w okresie obowiązywania umowy** | **Oferowana cena za zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych wykonywanych zgodnie**  **z wymaganiami NFZ** |
| 1 | **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych w poradni hepatologicznej, przez okres 24 miesięcy**  **w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie możliwe jest w czasie**  od poniedziałku do piątku w godzinach rozpoczęcia i zakończenia realizacji świadczeń od 7:00 do 14:35 oraz w soboty, niedziele i święta całodobowo  wymagania:   * Lekarz ze specjalizacją: specjalista w dziedzinie chorób zakaźnych   lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób zakaźnych |  |  | ***…………………………………. procent za 1 pkt NFZ*** |

***Uwaga: W celu uniknięcia wezwania do uzupełnienia oferty oraz przedłużania tym czasu trwania postępowania konkursowego proszę wypełnić wszystkie kolumny.***

***data i podpis oferenta…………………………………………***