***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 2/2025 obejmującego zamówienie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach specjalistycznych konsultacji w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, dermatologii, ortopedii, neurologii oraz badania EEG, 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 Nr 2/2025 obejmującego zamówienie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach specjalistycznych konsultacji w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, dermatologii, ortopedii, neurologii oraz badania EEG, przez okres 24 miesięcy.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet** | **Przedmiot Zamówienia** | **Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych** | **Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych** | **Sposób kontaktowania się w sprawie realizacji świadczeń zdrowotnych** | **Oferowana cena za zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych wykonywanych zgodnie**  **z wymaganiami NFZ** |
| 1 | Specjalistyczne konsultacje lekarskie w zakresie chorób wewnętrznych |  |  |  | *…………………………… cena* za 1 konsultację |
| 2 | Specjalistyczne konsultacje lekarskie w zakresie chirurgii ogólnej |  |  |  | *…………………………… cena* za 1 konsultację |
| 3 | Specjalistyczne konsultacje lekarskie w zakresie dermatologii |  |  |  | *…………………………… cena* za 1 konsultację |
| 4 | Specjalistyczne konsultacje lekarskie w zakresie ortopedii |  |  |  | *…………………………… cena* za 1 konsultację |
| 5 | Specjalistyczne konsultacje lekarskie w zakresie neurologii |  |  |  | *…………………………… cena* za 1 konsultację |
| Badanie EEG |  |  |  | *…………………………… cena* za 1 badanie |

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

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