***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 4/2025 obejmującego zamówienie** **w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Zdrowia Psychicznego przez lekarzy specjalistów psychiatrii lub lekarzy w trakcie specjalizacji z psychiatrii, przez okres 12 miesięcy - uzupełniające.**

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 do 31.12.2025r.**
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 4/2025 obejmującego zamówienie** **w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Zdrowia Psychicznego przez lekarzy specjalistów psychiatrii lub lekarzy w trakcie specjalizacji z psychiatrii, przez okres 12 miesięcy - uzupełniające.**

|  |
| --- |
| **PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO** |
| **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 w Poradni Zdrowia Psychicznego przez lekarzy specjalistów psychiatrii lub lekarzy w trakcie specjalizacji z psychiatrii**od poniedziałku do piątku w godzinach rozpoczęcia i zakończenia realizacji świadczeń od 7:00 do 14:35zgodnie z wymogami NFZ i potrzebami Szpitalawymagania:* Lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii
 |  |  | ***……………………………%* za 1 punkt NFZ** |

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

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