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

Formularz Oferty

**dot. Postępowania konkursowego nr 13/2025 obejmującego zamówienie w ramach całodobowego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w zakresie intubacji i przygotowania pacjenta z niewydolnością oddechową do transportu medycznego przez zespół anestezjologiczny (lekarz i pielęgniarka), 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** ………………, **preferowany to 24 miesiące**.
	2. **Oferuję termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT (rachunku).**
	3. **Oferuję sposób realizacji przedmiotu umowy zgodnie z wymaganiami NFZ i potrzebami Szpitala**.
	4. **Oferuję dodatkowo ponad wymagany standard**:

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

...........................…..............

pieczątka i podpis Oferenta

dot. Postępowania konkursowego nr 13/2025 obejmującego zamówienie w ramach całodobowego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w zakresie intubacji i przygotowania pacjenta z niewydolnością oddechową do transportu medycznego przez zespół anestezjologiczny (lekarz i pielęgniarka), przez okres 24 miesięcy.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet nr 1** | **Przedmiot zamówienia i wymagania, które oferent bezwzględnie musi spełnić** | **Kwalifikacje** | **Oferowana cena za zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych wykonywanych zgodnie****z wymaganiami NFZ** |
| 1a | **Całodobowa gotowość do wykonania intubacji i przygotowania pacjenta z niewydolnością oddechową do transportu medycznego**realizacja świadczeń zdrowotnych na zlecenie lekarza zgodnie z potrzebami i w siedzibie Szpitala przez zespół anestezjologiczny (lekarz i pielęgniarka) | Lekarz ze specjalizacją w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapiiPielęgniarka ze specjalizacją w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki | ……………………………cena w PLN za 1 miesiąc pozostawania w gotowości |
| 1b | **Wykonanie świadczenia zdrowotnego w zakresie intubacji i przygotowania pacjenta z niewydolnością oddechową do transportu medycznego** realizacja świadczeń zdrowotnych na zlecenie lekarza zgodnie z potrzebami i w siedzibie Szpitala przez zespół anestezjologiczny (lekarz i pielęgniarka) | ……………………………cena w PLN za 1 wykonane świadczenie zdrowotne  |

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

**...........................…..............**

**data i podpis Oferenta**