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

Formularz Oferty

**dot. Postępowania konkursowego nr 14/2025 obejmującego zamówienie** **w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Pulmonologii i Nowotworów Płuc z Pododdziałem Ftyzjopneumonologii przez lekarzy, przez okres 24 miesięcy - UZUPEŁNIENIE.**

* 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 10 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 14/2025 obejmującego zamówienie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Pulmonologii i Nowotworów Płuc z Pododdziałem Ftyzjopneumonologii przez lekarzy, przez okres 24 miesięcy - UZUPEŁNIENIE**.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oddział Pulmonologii i Nowotworów Płuc z Pododdziałem Ftyzjopneumonologii** | | | | |
| **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 Oddziale Pulmonologii i Nowotworów Płuc z Pododdziałem Ftyzjopneumologii przez lekarzy**  realizacja świadczeń zdrowotnych w godzinach rozpoczęcia i zakończenia według harmonogramu od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:00/7:25 do 14:35/15:00 - zgodnie z wymogami NFZ i potrzebami Szpitala  wymiar etatu – 1  wymagania: lekarz specjalista z pulmonologii lub chorób wewnętrznych lub lekarz w trakcie specjalizacji z pulmonologii lub chorób wewnętrznych |  |  | *…………………………… cena w PLN za 1 GODZINĘ udzielania świadczeń zdrowotnych* |
| 2 | **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Pulmonologii i Nowotworów Płuc z Pododdziałem Ftyzjopneumologii przez lekarzy**  realizacja świadczeń zdrowotnych w godzinach rozpoczęcia i zakończenia według harmonogramu od poniedziałku do piątku w godzinach od 15:00 do 7:00 oraz w soboty, niedziele i święta całodobowo w godzinach od 7:00 do 7:00 - zgodnie z wymogami NFZ i potrzebami Szpitala  wymiar etatu – 1  wymagania: lekarz specjalista z pulmonologii lub chorób wewnętrznych lub lekarz w trakcie specjalizacji z pulmonologii lub chorób wewnętrznych lub lekarz specjalista w dziedzinie niezabiegowej |  |  | *…………………………… cena w PLN za 1 GODZINĘ udzielania świadczeń zdrowotnych* |

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

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

**data i podpis Oferenta**