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

Formularz Oferty

**dot. Postępowania konkursowego nr 22/2025 obejmującego zamówienie** **w zakresie Koordynowania wraz z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę z chorób zakaźnych w zakresie 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** ………………, **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 22/2025 obejmującego zamówienie w zakresie Koordynowania wraz z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę z chorób zakaźnych w zakresie 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 | **Koordynowanie wraz z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Hepatologicznej**  realizacja świadczeń zdrowotnych między innymi w zakresie hepatologii, leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby WZW typu B, leczenia terapią bezinterferonową WZW typu C, profilaktyki reaktywacji wirusowego zapalenia wątroby typu B u świadczeniobiorców po przeszczepach  realizacja świadczeń zdrowotnych w godzinach rozpoczęcia i zakończenia według harmonogramu, zgodnie z wymogami NFZ dotyczącymi prowadzenia poradni hepatologicznej oraz programów lekowych i potrzebami Szpitala  wymiar etatu – 120 godzin miesięcznie  wymagania: lekarz specjalista z chorób zakaźnych |  |  | *…………………………… % 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**