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

Formularz Oferty

**dot. Postępowania konkursowego nr 23/2025 obejmującego zamówienie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach specjalistycznych konsultacji w zakresie dermatologii w siedzibie Szpitala, przez okres 36 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 36 miesięcy**.
  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 23/2025 obejmującego zamówienie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach specjalistycznych konsultacji w zakresie dermatologii w siedzibie Szpitala, przez okres 36 miesięcy.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet** | **Przedmiot zamówienia i wymagania, które oferent bezwzględnie musi spełnić** | **Kwalifikacje** | **Oferowana ilość godzin miesięcznie**  **w okresie obowiązywania umowy**  **–**  **wypisać dni i godziny** | **Oferowana cena za zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych wykonywanych zgodnie**  **z wymaganiami NFZ** |
| 1 | **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę z zakresu konsultacji dermatologicznych pacjentom Szpitala, a w szczególności pacjentom Poradni Diagnostyki i Leczenia Nabytych Niedoborów Odporności w zakresie realizacji Kompleksowej Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej Nad Pacjentem Zakażonym HIV, Leczonym Lekami Antyretrowirusowymi (ARV)**  realizacja świadczeń zdrowotnych na zlecenie lekarza zgodnie z potrzebami i w siedzibie Szpitala  wymagania: lekarz specjalista z dermatologii |  |  | …………………………… cena w PLN za 1 kompleksowe badanie pacjenta w siedzibie Udzielającego Zamówienie |

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

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

**data i podpis Oferenta**