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

Formularz Oferty

**dot. Postępowania konkursowego nr 24/2025 obejmującego zamówienie** **w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w ramach Poradni Pulmonologii i Ftyzjatrii, przez okres od podpisania umowy do 30.06.2027r.**

* 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 od daty podpisania umowy do 30.06.2027r**.
  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 24/2025 obejmującego zamówienie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w ramach Poradni Pulmonologii i Ftyzjatrii, przez okres od podpisania umowy do 30.06.2027r.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poradnia Pulmonologii o Ftyzjatrii** | | | | |
| **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 przez lekarza w zakresie Poradni Pulmonologii i Ftyzjatrii**  wymiar etatu miesięcznie – nie mniej niż 0,22 etatu (33,4 godz.) i nie więcej niż 0,5 etatu (80 godz.)  wymagania zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z późn. zm.: lekarz specjalista w dziedzinie chorób płuc, albo lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób płuc, albo lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób płuc, albo lekarz specjalista w dziedzinie chorób płuc oraz lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych lub specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy w oddziale lub poradni zgodnych z profilem świadczenia gwarantowanego |  |  | *…………………………… % 1 pkt NFZ*  *(zrealizowanego, rozliczonego i zatwierdzonego przez NFZ świadczenia)* |

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

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

**data i podpis Oferenta**