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

Formularz Oferty

**dot. Postępowania konkursowego nr 25/2025 obejmującego zamówienie** **w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie Poradni Diagnostyki i Leczenia Nabytych Niedoborów Odporności, 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 25/2025 obejmującego zamówienie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie Poradni Diagnostyki i Leczenia Nabytych Niedoborów Odporności, przez okres 24 miesięcy.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet** | **Przedmiot Zamówienia oraz 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 specjalistę w zakresie Poradni Diagnostyki i Leczenia Nabytych Niedoborów Odporności**  realizacja świadczeń zdrowotnych w godzinach rozpoczęcia i zakończenia według harmonogramu oraz zgodnie z wymogami NFZ i potrzebami Szpitala  wymiar etatu – min. 12 godz. tygodniowo  wymagania: lekarz specjalista z chorób zakaźnych |  |  | *…………………………… 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**