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

Formularz Oferty

**dot. Postępowania konkursowego nr 28/2025 obejmujące udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w ramach 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 28/2025 obejmujące udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w ramach Poradni Diagnostyki i Leczenia Nabytych Niedoborów Odporności, przez okres 24 miesięcy.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer pozycji w Pakiecie** | **Przedmiot Zamówienia i 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 ramach Poradni Diagnostyki i Leczenia Nabytych Niedoborów Odporności.**  realizacja świadczeń zdrowotnych w godzinach rozpoczęcia i zakończenia według harmonogramu, zgodnie z wymogami NFZ i potrzebami Szpitala  realizacja świadczeń w zakresie leczenia AIDS (02.1314.001.02); kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem zakażonym HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV) (02.1342.002.01); świadczeń w zakresie leczenia AIDS – świadczenie pierwszorazowe (02.1342.401.02)  wymiar etatu: 0,5 (80 godz.)  wymagania: lekarz ze specjalizacją z chorób zakaźnych lub w trakcie specjalizacji |  |  | Cena za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych uzależniona jest od ilości wykonanych porad i zmienia się w danym miesiącu po przekroczeniu kolejnych progów wskazanych w ofercie. Zwiększona stawka za godzinę obowiązuje od dnia i godziny, w której przekroczony jest kolejny próg ilości wykonanych porad:  *…………………..…………………* cena za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku nieprzekroczenia ilości 400 porad w danym miesiącu przy wymiarze etatu 0,5  *…………………..…………………* cena za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych obowiązująca od wykonania 401 porady w danym miesiącu przy wymiarze etatu 0,5  *…………………..…………………* cena za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych obowiązująca od wykonania 501 porady w danym miesiącu przy wymiarze etatu 0,5 |

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

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

**data i podpis Oferenta**