**Załącznik nr 1**

**Formularz Oferty**

Nazwa Przyjmującego Zanówienie:..........................................................................................................

Adres\*......................................................................................................................................................

tel.\*...........................................................................................................................................................

REGON\*....................................................................................................................................................

NIP\*..........................................................................................................................................................

E-mail\* na który Zamawiający ma przesłać korespondencję....................................................................

Nr księgi rejestrowej …................................................................. potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

w odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert na **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza poza godzinami normalnej ordynacji jako dyżur medyczny w Oddziale Psychosomatycznym Szpitala Neuropsychiatrycznego SPZOZ w Lublinie w Lublinie -** SzNSPZOZ.A-ZP-263.2.26/PS3 oferujemy realizację ww. przedmiotu zamówienia:

1. **Kryterium cena brutto**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | Liczba godzin przez cały okres trwania umowy | Stawka godzinowa brutto\* | Wartość brutto |
| A | B | C | D=B x C |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza poza godzinami normalnej ordynacji jako dyżur medyczny w Oddziale Psychosomatycznym Szpitala Neuropsychiatrycznego SPZOZ w Lublinie | 2304 |  |  |

Słownie wartość brutto wynosi…………………………………………………………………………

Osoba realizująca świadczenia zdrowotne …………………………………………………………

*(imię i nazwisko)*

……………………………………tel. kontaktowy.................mail:.....................................

Minimalna liczba osób wykonujących poszczególne świadczenia medyczne wynosi………………….

1. **Kryterium jakość świadczeń:**

zaznaczyć właściwe

* **Deklaruję** doświadczenie w pracy powyżej 5 lat pracy
* **Deklaruję** doświadczenie w pracy poniżej 5 lat pracy

1. **Kryterium kompleksowość świadczeń**

Poniżej zaznaczyć właściwe:

* Deklaruję udzielanie świadczeń zdrowotnych **bez udziału podwykonawców**
* Deklaruję udzielanie świadczeń zdrowotnych **z udziałem podwykonawców**

1. **Kryterium dostępność świadczeń**

Poniżej zaznaczyć właściwe:

* Deklaruję udzielanie świadczeń zdrowotnychod poniedziałku do piątku w godzinach od 16.05 do 08.30 w sposób zabezpieczający niezakłóconą pracę oddziału, według harmonogramu, zgodnie   
  z potrzebami Udzielającego zamówienie
* Deklaruję udzielanie świadczeń zdrowotnychod poniedziałku do piątku w godzinach od 16.05 do 08.30 oraz w soboty i niedziele całodobowo w sposób zabezpieczający niezakłóconą pracę oddziału, według harmonogramu, zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienie

1. **Kryterium ciągłość świadczeń**

Poniżej zaznaczyć właściwe:

* Dotychczas **posiadałem zawartą z Zamawiającym umowę na realizację świadczeń** będących przedmiotem zamówienia
* Dotychczas **nie posiadałem zawartej z Zamawiającym umowy na realizację świadczeń** będących przedmiotem zamówienia

1. Termin wykonania – usługi będą świadczone **przez okres 24 miesięcy** od dnia zawarcia umowy.
2. Oświadczam, że:
3. akceptuję w całości warunki określone w Materiałach informacyjnych, zapoznałam/em   
   się z postanowieniami umowy i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą na warunkach określonych w Załączniku nr 2;
4. wraz z ofertą składam następujące oświadczenia i dokumenty:

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

…………………, dnia………… …………….....................……….

(czytelny podpis Przyjmującego zamówienie,

lub parafka wraz z imienną pieczątką)