**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 pn.: **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów medycznych oraz zakładania wkłuć centralnych i zabiegów tracheotomii w Oddziale Psychosomatycznym Szpitala Neuropsychiatrycznego SPZOZ w Lublinie,**

oferuję realizację nw. świadczeń zdrowotnych:

1. **Kryterium cena brutto**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj świadczenia zdrowotnego | Ilość przez cały okres trwania umowy | Stawka brutto za godzinę / za wkucie/ za zabieg\* | Wartość brutto |
| A | B | C | D=B x C |
| Pełnienie dyżurów medycznych w Oddziale Psychosomatycznym | **2 304 godzin** |  |  |
| Zakładanie wkłuć centralnych | **240 wkłuć** |  |  |
| Wykonywanie zabiegu tracheotomii | **6 zabiegów** |  |  |
| Razem |  |  |  |

Stawka podatku VAT……………………………..

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

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

Osoby skierowane do świadczenia zdrowotnych

……………………………………………… ……………………. ……………………

……………………………………………… ……………………. ……………………

……………………………………………… ……………………. ……………………

Imię i nazwisko tel. Adres e-mail

1. **Kryterium jakość świadczeń:**

zaznaczyć właściwe

* **Deklaruję** posiadanie doświadczenie w pracy na stanowisku lekarza powyżej 10 lat
* **Deklaruję** doświadczenie w pracy na stanowisku lekarza poniżej 10 lat

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 zdrowotnych **(dyżury)** w dni robocze od godziny 16:05 do godziny 8:30 dnia następnego oraz całodobowo w dni wolne od pracy, zgodnie z harmonogramem ustalanym przez Strony na dany miesiąc kalendarzowy oraz dodatkowo na wezwanie Udzielającego zamówienie, oraz deklaruję udzielanie świadczeń zdrowotnych **(wkucia, tracheostomia)** w dni robocze oraz w dni wolne od pracy na wezwanie Udzielającego zamówienie
* Deklaruję udzielanie świadczeń zdrowotnych **(dyżury)** w dni robocze od godziny 16:05 do godziny 8:30 dnia następnego oraz całodobowo w dni wolne od pracy, zgodnie z harmonogramem ustalanym przez Strony na dany miesiąc kalendarzowy oraz deklaruję udzielanie świadczeń zdrowotnych **(wkucia, tracheostomia)** w dni robocze na wezwanie Udzielającego zamówienie

1. **Kryterium ciągłość świadczeń**

Poniżej zaznaczyć właściwe:

* Dotychczas **posiadałem zawartą z Udzielającym zamówienie umowę** **/ umowy** trwające powyżej 3 lat **na realizację świadczeń** będących przedmiotem zamówienia

* Dotychczas **posiadałem zawartą z Udzielającym zamówienie umowę** **/ umowy** trwające poniżej 3 lat **na realizację świadczeń** będących przedmiotem zamówienia

1. Termin wykonania – świadczenia zdrowotne będą realizowane **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)