## *Pieczątka firmowa z pełną nazwą oferenta*

**FORMULARZ OFERTY**

**I. Instrukcja dla Oferenta**

1. Niniejszy formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczętowany poprzez osobę do tego upoważnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokument w postaci kserokopii musi być potwierdzony przez Oferenta „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczątką Oferenta.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony formularza Oferty muszą być ponumerowane przez Oferenta.

**II. Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa Oferenta

|  |
| --- |
|  |

1. Siedziba Oferenta:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejscowość | Ulica | Numer |
|  |  |  |
| Kod pocztowy | Miejscowość |
|  |  |
| Telefon | Fax | E-mail |
|  |  |  |
| REGON | NIP | KRS | Nr Księgi Rejestrowej w Krajowym Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą |
|  |  |  |  |
| Nr konta bankowego |
|  |

**III. Odpowiadając na zaproszenie do złożenia oferty zawarte w ogłoszeniu o konkursie, niniejszym składam ofertę na udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Zdrowia Psychicznego i Punktu Zgłoszeniowo-Koordynacyjnego w ramach CZP SP ZOZ w Parczewie.**

**IV. Oferowana kwota wynagrodzenia**

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych (MI), za cenę …....................................... zł miesięcznie (słownie: .................................................................................................................................. ) brutto. Łączna cena za okres **8 miesięcy** wynosi ………………………… zł (słownie: .................................................................................................................................. ) brutto.

**V. Oświadczenia Oferenta:**

1. Zobowiązuję się do zawarcia umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Zdrowia Psychicznego i Punktu Zgłoszeniowo-Koordynacyjnego w ramach CZP SP ZOZ w Parczewie na okres **od dnia 01.05.2024 r. do dnia 31.12.2024 r.** z zastrzeżeniem, iż w przypadku ustania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w centrum zdrowia psychicznego, którą zawarł Udzielający Zamówienia z NFZ, niniejsza umowa ulegnie rozwiązaniu z dniem rozwiązania umowy zawartej przez Udzielającego Zamówienia z NFZ na przedmiotowe świadczenia zdrowotne (aktualnie obowiązującej, zmienianej aneksami).
2. Świadczenia zdrowotne objęte przedmiotem umowy będą wykonywane w lokalach we Włodawie:

…………………………………………………………………………………............................................

 (adres: ulica, numer budynku/lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

1. W okresie trwania umowy zobowiązuję się do obsługi systemu informatycznego (CGM CliniNET, CompuGroup Medical) stosowanego przez Udzielającego Zamówienia w zakresie niezbędnym do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej i rozliczeniowej oraz dokumentacji medycznej, a także pozwalającym na utworzenie komunikatu sprawozdawczego do NFZ z realizacji umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi w ramach świadczeń objętych niniejszą umową.
2. Oświadczam, że jako Oferent jestem podmiotem leczniczym, wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez ……………...…….. , pod numerem księgi rejestrowej podanym wyżej (pkt II.2) i posiadam uprawnienia do prowadzenia działalności objętej konkursem.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
5. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.
6. Oświadczam, że posiadam doświadczenie (w okresie ostatnich pięciu lat przed upływem terminu składania ofert) w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych - ……………. miesięcy (co najmniej 12 miesięcy), szczegółowo wykazane w załączniku nr 5 do MI.
7. Oświadczam, iż posiadam przewidziane prawem warunki lokalowe, szczególnie określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zwłaszcza w załączniku nr 2 do ww. rozporządzenia, oraz że do prowadzenia działalności będącej przedmiotem postępowania konkursowego przeznaczę przynajmniej: punkt rejestracji pacjentów (tel. do rejestracji: ………………………..), …… (*podać liczbę*) gabinet lekarski w PZP, …. (*podać liczbę*) gabinet psychologiczny w PZP, ….. (*podać liczbę*) gabinet dla celów realizacji PZK (tel. kontaktowy: ……………………..), …. (*podać liczbę*) pomieszczenie socjalne, … (*podać liczbę*) pomieszczenie biurowe przeznaczone na potrzeby Udzielającego Zamówienia.
8. Oświadczam, że dysponuję personelem przeznaczonym do realizacji mowy, który posiada odpowiednie kwalifikacje potwierdzone stosownymi dokumentami szczegółowo wykazanym w załączniku nr 3 do MI.
9. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będą udzielane w oparciu o sprzęt i aparaturę medyczną zgodnie z wymogami określonymi w obowiązujących przepisach prawa oraz posiadających stosowne certyfikaty i atesty uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami, a także aktualne przeglądy wykonane przez uprawnione serwisy.
10. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
11. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
12. Wyrażam / nie wyrażam\* zgodę na doręczanie przez Udzielającego Zamówienia korespondencji związanej z postępowaniem konkursowym za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej bez zachowania wymogów dotyczących bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu art. 3 pkt 10 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE (Dz. Urz. UE L 257 z 28.08.2014, str. 73) na adres:

|  |  |
| --- | --- |
| Adres poczty elektronicznej Oferenta |  |

 \*niepotrzebne skreślić

............................................... .................................................…

 (miejscowość, data) (pieczątka, podpis Oferenta)

**Załączniki:**

1. ………………………………………………………………
2. ………………………………………………………………
3. ………………………………………………………………
4. ………………………………………………………………
5. ………………………………………………………………
6. ………………………………………………………………
7. ………………………………………………………………