



Załącznik Nr 1 do SWKO

Pieczętka Oferenta

Rz.P. I. 3311/9/2023

**FORMULARZ OFERTOWY**

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacji leczniczej w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej w tym fizjoterapii dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności na rzecz pacjentów WOMP CP-L w Lublinie, w szczególności w domu pacjenta wraz ze sporządzaniem dokumentacji medycznej i statystycznej w formie elektronicznej zgodnie z wymogami NFZ.

**Kod zamówienia: 85121000 – usługi medyczne**

**I. Dane Oferenta**

**A. Podmiot Leczniczy**

1. Pełna nazwa i adres podmiotu leczniczego

Tel: ..... .fax:.....

2. NIP.....REGON: .....

3. Nr wpisu do rejestru podmiotu leczniczego .....

4. Nr KRS .....

**B. Oferta indywidualna – praktyka zawodowa**

1. Imię i Nazwisko .....

2. Adres i telefon .....

3. E-mail .....

4. Pesel .....

5. NIP .....

6. Regon .....

7. Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej .....

8. Nr praktyki wykonywania zawodu .....

9. Nr indywidualnej praktyki zawodowej .....

10. Specjalizacja (nazwa, stopień, data uzyskania) .....

11. Staż pracy lekarskiej w danej dziedzinie .....

**II. Zakres świadczeń:**

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacji leczniczej w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej w tym fizjoterapii dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności na rzecz pacjentów WOMP CP-L w Lublinie, w szczególności w domu pacjenta wraz ze sporządzaniem dokumentacji medycznej i statystycznej w formie elektronicznej zgodnie z wymogami NFZ.

okresie od 16.10.2023r. do 15.10.2028 r. wg. harmonogramu

|              |        |       |          |        |
|--------------|--------|-------|----------|--------|
| Poniedziałek | Wtorek | Środa | Czwartek | piątek |
|              |        |       |          |        |

**1. Świadczeń zdrowotnych udzielię zgodnie z wymogami Umowy, której wzór stanowi Zał. Nr 2 do SWKO i do której treści nie wnoszę zastrzeżeń.**

Udzielanie świadczeń będzie realizowane na bazie nieodpłatnie udostępnionych pomieszczeń, sprzętu, aparatury i zaplecza diagnostycznego WOMP CP-L w Lublinie.

Oświadczam, że świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami NFZ, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p/poż, BHP, Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszenia warunków zawartej umowy.

**III. Oferta cenowa**

Za realizację świadczeń oferuję cenę :

| Rodzaj świadczenia | Cena jednostkowa brutto PLN | Cena słownie |
|--------------------|-----------------------------|--------------|
| Cena za punkt      |                             |              |

**IV. Oświadczenie Oferenta**

Oświadczam, że pracuję w

.....(podać gdzie)

Na podstawie umowy o pracę\* , umowy cywilno prawnej\*

W dniach i godzinach:

.....(podać)

.....

Wynagrodzenie ze stosunku pracy lub umowy zlecenia brutto wynosi:

co najmniej minimalne wynagrodzenie obowiązujące w 2022 r\* / mniej niż minimalne\*

**Załączniki do oferty**

- aktualny wpis do właściwego rejestru podmiotów leczniczych (jeżeli dotyczy),
- aktualny wpis do ewidencji działalności gospodarczej/ aktualny wydruk z KRS
- zaświadczenie o nadaniu numeru REGON
- zaświadczenie o nadaniu numeru NIP
- oświadczenie o nie zaleganiu z opłacaniem podatków
- oświadczenie o niekaralności
- dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje i umiejętności
- prawo wykonywania zawodu
- dyplom lekarza specjalisty
- krótki przebieg pracy zawodowej,
- proponowany harmonogram pracy Oferenta
- zgoda Oferenta na przetwarzanie danych osobowych.
- formularz ofertowy – Zał. nr 1,
- oświadczenie Oferenta – Zał. Nr 3
- podpisana klauzula informacyjna – Zał. Nr 4

\*niepotrzebne skreślić

Data i podpis Oferenta