



Załącznik Nr 1 do SWKO

.....
Pieczętka Oferenta

OPIPZ.V.520.9.2024

FORMULARZ OFERTOWY

**na udzielenie zamówienia na udzielenie świadczeń zdrowotnych
w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie dermatologii i wenerologii na
rzecz pacjentów WOMP CP-L w Lublinie Filia Nr 1.
Kod zamówienia: 85143000-3- usługi ambulatoryjne.**

I. Dane Oferenta

A. Podmiot Leczniczy*

1. Pełna nazwa i adres podmiotu leczniczego

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

2. NIP.....REGON:

3. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

.....

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 prawa wykonywania zawodu

8. Specjalizacja (nazwa, stopień, data uzyskania)

9. Staż pracy lekarskiej w danej dziedzinie

II. Zakres świadczeń:

- 1. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie dermatologii i wenerologii na rzecz pacjentów WOMP CP-L w Lublinie Filia Nr 1 w okresie od 1.07.2024 r. do 30.06.2025 r.**
- 2. 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 :

	cena jednostkowa brutto PLN	Cena słownie
Cena za jeden punkt świadczeń realizowanych na rzecz NFZ		

Maksymalna oczekiwana cena jednostkowa brutto za punkt przez Udzielającego Zamówienia wynosi 1,00 zł.

IV. Oświadczenie Oferenta

Oświadczam, że pracuję/nie pracuję*

na podstawie umowy o pracę

Wynagrodzenie ze stosunku pracy brutto wynosi co najmniej minimalne wynagrodzenie obowiązujące w 2024 r* / mniej niż minimalne*

V. Załączniki do oferty

- aktualny wpis do właściwego rejestru podmiotów leczniczych (jeżeli dotyczy),
- aktualny wydruk z ewidencji działalności gospodarczej/ aktualny wydruk z KRS,
- dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje i umiejętności,
- prawo wykonywania zawodu,
- dyplom lekarza specjalisty,
- krótki przebieg pracy zawodowej,
- proponowany harmonogram pracy Oferenta,
- formularz ofertowy – Zał. nr 1,
- oświadczenie Oferenta – Zał. Nr 3
- podpisana klauzula informacyjna – Zał. Nr 4

*niepotrzebne skreślić

Data i podpis Oferenta