*Załącznik nr 1 do SWKO*

*Formularz ofertowy*

**Centrum Rehabilitacji Rolników Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w Horyńcu-Zdroju (Udzielający Zamówienia)**

**ul. Sanatoryjna 2, 37-620 Horyniec-Zdrój**

**OFERTA**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych i gotowość do udzielania tych świadczeń w zakresie opieki zdrowotnej nad pacjentami Centrum Rehabilitacji Rolników Kasy Ubezpieczenia Społecznego w Horyńcu-Zdroju

1. Odpowiadając na ogłoszenie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z dnia 15.12.2022 r. składam ofertę na :

**ZADANIE 1 /\***

**ZADANIE 2 /\***

opisane w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert

1. Dane składającego ofertę:

Nazwa: ……………………………………………………………………………………….….…

Imię: …………………………………………………………………………………………….….

Nazwisko: ……………………………………………………………………………………….…

Adres: ……………………………………………………………………………………….……..

Tel. ……………………………… e-mail ……………………………………………………….…..

1. Na spełnienie warunków udziału w konkursie przedstawiam n/w dokumenty:
2. dyplom lekarza – zał. nr ………………………………….,
3. prawo wykonywania zawodu lekarza – zał. nr ……………………..,
4. wymagania w zakresie specjalizacji – zał. nr …………………,
5. kurs w zakresie podstaw balneologii – zał. nr …………………..,
6. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich lub zezwolenie na wykonywanie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej – zał. nr …………………………….,
7. zaświadczenie o wpisie do w CEiDG – zał. nr ………………,
8. zaświadczenie o nadaniu nr REGON – zał. nr ………………………….,
9. zaświadczenie o nadaniu NIP – zał. nr …………………………….,
10. aktualna polisa OC – zał. nr …………………………….,
11. wykaz personelu
12. oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną RODO.
13. Oferuję następujący tygodniowy harmonogram czasu pracy oraz warunki wynagrodzenia:
14. **4.1. ZADANIE 1:**

Oferowany harmonogram czasu pracy *(oczekiwany: sobota godz. 800 do 1300; środa 1500 do 1900):,*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dni tygodnia** | **Czas pracy (od godz. do godz.)** | **Ilość godzin** | **Uwagi** |
| Środa |  |  |  |
| Sobota |  |  |  |
| **Razem:** | |  |  |

**Oferowane warunki wynagrodzenia:**

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki zdrowotnej wg proponowanego harmonogramu – Cena oferowana …….. zł/godz.;
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych - kompleksowe zabezpieczenie opieki zdrowotnej nad pacjentem:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Udzielanie świadczeń zdrowotnych - kompleksowe zabezpieczenie opieki zdrowotnej nad pacjentem w  ramach:** | **Szacunkowa średniotygodniowa** (minimalna) **liczba pacjentów pod opieką jednego lekarza**  *(wg harmonogramu turnusów)* | **Oferowana cena jednostkowa**  **za opiekę/ prowadzenie/ jednego pacjenta**  w zł | **Wartość**  (kol. 2 x kol. 3)  w zł |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1 | uzdrowiskowego leczenia dorosłych (NFZ) | 25 |  |  |
| 2 | uzdrowiskowej rehabilitacji dorosłych (NFZ) | 10 |  |  |
| 3 | rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym (NFZ) | 5 |  |  |
| 4 | rehabilitacji leczniczej rolników (KRUS) | 60 |  |  |
| 5 | rehabilitacji leczniczej dzieci rolników (KRUS) | 70 |  |  |
| 6 | rehabilitacji osób uprawnionych do emerytury rolniczej (KRUS) | 10 |  |  |
| 7 | turnusu regeneracyjnego dla opiekunów osób niepełnosprawnych (KRUS) | 5 |  |  |
| 8 | leczenia pacjentów indywidualnych (komercyjnych) | 45 |  |  |
| 9 | **Ogółem wartość:** | | |  |

* 1. **ZADANIE 2:**

1. Gotowość do zapewnienia pomocy lekarza (udzielania świadczeń zdrowotnych) w przypadku nagłego zachorowania pacjenta w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych określonych w harmonogramie dyżurów – na wezwanie pielęgniarki(dotyczy pacjenta skierowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia na leczenie uzdrowiskowe)……….… zł/za 1 godz.

**Jednocześnie oświadczam, że :**

1. świadczenia zdrowotne udzielał/a będę w jednostkach organizacyjnych CRR KRUS w Horyńcu-Zdroju przy użyciu aparatury medycznej, medycznego sprzętu jednorazowego użytku, produktów leczniczych należących do Udzielającego zamówienia;
2. świadczenia zdrowotne udzielał/a będę osobiście\* /przez personel wg wykazu\*
3. nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącej załącznik do SWKO w przypadku wyboru mojej oferty, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia;
4. wszystkie załączone w oryginale dokumenty lub poświadczone przeze mnie kserokopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym;
5. Jestem\*/osoby z wykazanego personelu są\* w trakcie specjalizacji z zakresu.......................................\*
6. oferowane świadczenia będę wykonywał/a\* zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, a także zgodnie z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia i procedurami wewnętrznymi Udzielającego zamówienia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, ppoż. i BHP;
7. posiadam zawartą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy zgodnie z przepisem art. 25 ustawy o działalności leczniczej\* /zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy zgodnie z przepisem art. 25 ustawy o działalności leczniczej\* oraz dostarczenia kopii polisy Udzielającemu zamówienia przed przystąpieniem do realizacji umowy;
8. zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych według harmonogramu ustalonego przez Udzielającego Zamówienia.

***\*- niepotrzebne skreślić***

*……………………………………………… ………………………………………………*

*(miejscowość, data) (podpis składającego ofertę)*