*Załącznik nr 1 do SWKO*

*Formularz ofertowy*

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

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

**OFERTA**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z ogłoszeniem Centrum Rehabilitacji Rolników Kasy Ubezpieczenia Społecznego „Kresowiak” w Horyńcu-Zdroju

1. Odpowiadając na ogłoszenie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z dnia **20.05.2025** r. składam ofertę na :

**ZADANIE 1 „A” /\***

**ZADANIE 1 „B” /\***

**ZADANIE 2 /\***

**ZADANIE 3 /\***

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. Informacja o procedurze zgłoszeń wewnętrznych – zał. nr 1
3. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 2
4. Oświadczenie do celów weryfikacji osób w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym – zał. nr 3
5. oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną RODO – zał. nr 4
6. Dyplom/y lekarz/a/y – zał. nr …………,
7. prawo wykonywania zawodu lekarz/a/y – zał. nr ………,
8. zaświadczenia w zakresie specjalizacji – zał. nr ………,
9. zaświadczenia o ukończeniu kursu w zakresie podstaw balneologii – zał. nr ………..,
10. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich lub zezwolenie na wykonywanie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej – zał. nr ……..
11. zaświadczenie o wpisie do w CEiDG – zał. nr ………,
12. aktualna polisa OC – zał. nr ………….,
13. wykaz personelu
14. Oferuję następujący tygodniowy harmonogram czasu pracy oraz warunki wynagrodzenia:

**4.1.ZADANIE 1 „A”:**

Oferowany harmonogram czasu pracy *(w przedziale czasowym mieszczącym się od poniedziałku do piątku w* godz. 700-1900*):*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dni tygodnia** | **Czas pracy (od godz. do godz.)** | **liczba godzin** | **Uwagi** |
| Poniedziałek  |  |  |  |
| Wtorek |  |  |  |
| Środa |  |  |  |
| Czwartek |  |  |  |
| Piątek |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |

**Oferowane warunki wynagrodzenia:**

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki zdrowotnej wg proponowanego harmonogramu (dostępność)– 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 w tym nadzór nad procesem leczenia pacjentów w zakładzie przyrodoleczniczym w godzinach udzielania świadczeń (kierowani przez NFZ) | 16 |  |  |
| 2 | uzdrowiskowej rehabilitacji dorosłych w tym nadzór nad procesem leczenia pacjentów w zakładzie przyrodoleczniczym w godzinach udzielania świadczeń *(kierowani przez NFZ)* | 7 |  |  |
| 3 | rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym (NFZ) | 10 |  |  |
| 4 | rehabilitacji leczniczej rolników (KRUS)  | 60 |  |  |
| 5 | rehabilitacji leczniczej dzieci rolników (KRUS) | 70 |  |  |
| 6 | rehabilitacji osób uprawnionych do emerytury rolniczej (KRUS) | 10 |  |  |
| 7 | leczenia pacjentów indywidualnych (komercyjnych) | 50 |  |  |
|  | **Ogółem wartość:** |  |

**4.2 ZADANIE 1 „B”:**

Oferowany harmonogram czasu pracy (w soboty w łącznym wymiarze 4 godz.):

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

Szacunkowa średniotygodniowa liczba pacjentów dla zadania 1”B” jak w zadaniu 1 „A”.

Oferowane warunki wynagrodzenia:

I. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki zdrowotnej wg proponowanego harmonogramu (dostępność)– Cena oferowana …….. zł/godz.,;

**4.3. ZADANIE 2:**

Oferowany harmonogram czasu pracy *(w przedziale czasowym mieszczącym się od poniedziałku do piątku w* godz. 700-1900*),*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dni tygodnia** | **Czas pracy (od godz. do godz.)** | **liczba godzin** | **Uwagi** |
| Poniedziałek  |  |  |  |
| Wtorek |  |  |  |
| Środa |  |  |  |
| Czwartek |  |  |  |
| Piątek |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki zdrowotnej wg proponowanego harmonogramu (dostępność)– 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 (*(lekarz prowadzący leczenie pacjentów kierowanych przez NFZ)*) | 16 |  |  |
| 2 | uzdrowiskowej rehabilitacji dorosłych (*(lekarz prowadzący leczenie pacjentów kierowanych przez NFZ)*) | 7 |  |  |
| 3 | rehabilitacji leczniczej rolników (KRUS), | 60 |  |  |
| 4 | rehabilitacji leczniczej dzieci rolników (KRUS) | 70 |  |  |
| 5 | rehabilitacji osób uprawnionych do emerytury rolniczej (KRUS) | 10 |  |  |
| 6 | leczenia pacjentów indywidualnych (komercyjnych) | 50 |  |  |
|  | **Ogółem wartość:** |  |

**4.4 ZADANIE 3:**

Oferowany harmonogram czasu pracy (w łącznym wymiarze 7 godz. w tygodniu):

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

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki zdrowotnej wg proponowanego harmonogramu (dostępność)– 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 | rehabilitacji leczniczej rolników (KRUS), | 60 |  |  |
| 2 | rehabilitacji leczniczej dzieci rolników (KRUS) | 70 |  |  |
| 3 | rehabilitacji osób uprawnionych do emerytury rolniczej (KRUS) | 10 |  |  |
| 4 | leczenia pacjentów indywidualnych (komercyjnych) | 50 |  |  |
|  | **Ogółem wartość:** |  |

**Jednocześnie oświadczam, że :**

1. świadczenia zdrowotne udzielał/a będę w jednostkach organizacyjnych CRR KRUS „Kresowiak” w Horyńcu-Zdroju z wykorzystaniem aparatury medycznej, medycznego sprzętu jednorazowego użytku, produktów leczniczych oraz sprzętu i oprogramowania komputerowego należących do Udzielającego zamówienia;
2. świadczenia zdrowotne udzielał/a będę osobiście\* /przez zatrudniony 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 dokumenty 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 czasu pracy ustalonego przez Udzielającego Zamówienia.

***\*- niepotrzebne skreślić***

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

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