Nowy Tomyśl, dnia ……………

***Samodzielny Publiczny Zakład Opieki***

***Zdrowotnej imienia doktora Kazimierza Hołogi w Nowym Tomyślu ul. Poznańska 30***

***64-300 Nowy Tomyśl***

**FORMULARZ OFERTOWY POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO**

**na udzielanie przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni Endokrynologicznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej imienia doktora Kazimierza Hołogi w Nowym Tomyślu**

1.Dane Oferenta:

NAZWA OFERENTA …………………………………………………………………………………………………

ADRES ………………………………………………………………………………………………

REGON……………………………………………………………

NIP …………………………………………………………………..

PESEL…………………………………………………………………..

TEL. …………………………………………………………………….

ADRES MAIL………………………………………………………

2. Proponowane warunki :

…………...% wartości ceny punktu określonej i zatwierdzonej przez Prezesa NFZ w zakresie zgodnym z niniejszym postępowaniem z zastrzeżeniem, iż cenę punktu ustala się na poziomie zgodnym z wyceną świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w ramach świadczeń poza systemem podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), dokonaną przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, przy czym cena ta nie może być wyższa niż wycena obwiązująca w umowie zawartej pomiędzy WOW NFZ, a SPZOZ Do rozliczenia świadczeń poza nominalną wartością punktu określoną we właściwym zarządzeniu Prezesa NFZ, stosuje się również współczynniki korygujące wprowadzane przez NFZ, mające jednoczesne zastosowanie w podmiotach działających zarówno w PSZ, jak i poza siecią szpitali, z pominięciem wartości współczynników korygujących wzrost wynagrodzenia nie mającego zastosowania do Zleceniobiorcy.

Współczynniki korygujące, o których mowa wyżej mają zastosowanie do rozliczeń w sytuacji obowiązywania w całym okresie rozliczeniowym, jakim jest rok kalendarzowy lub ich wprowadzenie w trakcie okresu rozliczeniowego zostanie odrębnie sfinansowane przez WOW NFZ.

Deklarowana tygodniowa ilość godzin pracy w Poradni objętej ofertą …………………………………………………………………………….

3. Oświadczenia oferenta:

Jako oferent oświadczam, że:

1. wzór załączonej umowy został przeze mnie zaakceptowany,
2. uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do składania ofert,
3. zapoznałam/łem się z ogłoszeniem oraz „ Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie wnoszę do nich zastrzeżeń,
4. posiadam ważną umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania lub zobowiązuję się zawrzeć ją najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej,
5. posiadam aktualne zaświadczenie o przeszkoleniu bhp i p/poż. oraz aktualne zaświadczenie lekarza medycyny pracy,
6. stan prawny określony w dokumentach na dzień składania oferty nie uległ zmianie,
7. do formularza oferty dołączam dokumenty zgodnie z punktem 4 „Szczegółowych warunków konkursu ofert”,
8. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w zakresie realizacji konkursu na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)).

……………………………

miejscowość, data

…………………………………………………..............…

(podpis osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)