Załącznik nr 1 konkursu
Znak sprawy: A.I.4250.14.2026

FORMULARZ OFERTOWY

I. Oznaczenie Oferenta:

Nazwa praktyki

(w przypadku innych podmiotów proszę o podanie nazwy placówki, adresu siedziby, danych dotyczących placówki, personelu medycznego, liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających świadczeń): *****

…….....…

Imię i nazwisko:

…….....…

Adres:

ul. .....

kod ..... miejscowość .....

Telefon: ..... , adres e-mail…….

NIP..... REGON ..... PESEL: .....

II. Poniżej należy wpisać stawki brutto za jedną godzinę świadczeń w polskich złotych.

1. **Proponowany udział oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego z NFZ w zakresie wykonywania zabiegów chirurgii kręgosłupa wynosi:**
   ……. zł za punkt rozliczeniowy ***(****należy odliczyć koszty implantu)*

2. **Proponowany udział oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego z NFZ w zakresie asystowania przy wykonywaniu zabiegów chirurgii kręgosłupa wynosi:**
   ……. zł za punkt rozliczeniowy ***(****należy odliczyć koszty implantu),*

3. **Proponowany udział oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego z NFZ w zakresie świadczeń wykonywanych w Poradni Urazowo - Ortopedycznej wynosi: ……. zł za każdy punkt rozliczeniowy.**

III. Oświadczam, iż:

1. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam ……letnie doświadczenie zawodowe.
2. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe)
   ……

3. Zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustaleniem z kierującym Oddziałem i Zespołem Poradni Specjalistycznych: tak **/ nie** (*niepotrzebne skreślić)*
4. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji umowy przez cały okres jej trwania: **tak / nie** (*niepotrzebne skreślić).*
5. Posiadam umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mi na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii kręgosłupa oraz w innych medycznych komórkach organizacyjnych w tym: Poradni Urazowo – Ortopedycznej: tak / nie (niepotrzebne skreślić).

***** *Wskazane przez Oferenta w formularzu ofertowym dni i godziny udzielania świadczeń medycznych stanowią propozycję. Zamawiający przed zawarciem umowy ustali dni i godziny udzielania świadczeń z wybranymi Oferentami.*

Wykaz personelu (jeżeli świadczenie będą świadczone przez większą ilość osób)

L.p.	Imię i nazwisko	Nr wykonywania zawodu	Specjalizacja (nazwa i stopień)
1.			
2.			
3.			
4.			

……

Data i podpis

Załącznik nr 2 konkursu
Znak sprawy: A.I.4250.14.2026

OŚWIADCZENIE OFERENTA LUB PEŁNOMOCNIKA OFERENTA
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów
w zakresie chirurgii kręgosłupa w Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno-
Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka

Imię i Nazwisko / Nazwa Oferenta ubiegającego się o udzielenie zamówienia:

_____

_____

Adres Oferenta:

_____

_____

Składając ofertę na **udzielanie** świadczeń zdrowotnych, zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z poniższymi warunkami:

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności objętych niniejszym zamówieniem, określone w przepisach obowiązującego prawa.
2. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego.
3. Oświadczam, że wzór umowy, stanowiący załącznik do warunków konkursu został przeze mnie zaakceptowany. Zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy na określonych w projekcie umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam, że spełniam wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 465 z późn. zm.).
5. Zobowiązuję się, że w razie wybrania mojej oferty przed przystąpieniem do wykonywania pierwszej czynności na rzecz Zamawiającego, ubezpieczę się od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. 2020 r., nr 295) i zobowiązuje się do utrzymania tego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
6. Wyrażam zgodę na wykorzystanie informacji złożonych w ofercie, wymaganych do złożenia oferty w postępowaniu prowadzonym przez NFZ w celu uzyskania kontraktu z MOW NFZ na świadczenia zdrowotne w zakresie rehabilitacji leczniczej.
7. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

……
Data i podpis
Oferenta