

FORMULARZ OFERTOWY

1. Nazwa Oferenta:

2. Adres oferenta:

3. Zarejestrowany w:

4. Numer NIP:

5. Numer REGON:

6. Nr telefonu:

7. Z tytułu świadczonych usług Przyjmującemu zamówienie będzie przysługiwało wynagrodzenie*:

a. złotych brutto (słownie:⁰⁰/100 złotych brutto) za 1 godzinę udzielania świadczeń w podstawowej ordynacji czasu pracy,

b. Podczas pełnienia dyżuru medycznego:

Zakres II (Oddział Kardiologii z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego oraz Izba Przyjęć):

• złotych brutto (słownie:⁰⁰/100 złotych brutto) za 1 godzinę pełnienia dyżurów medycznych rozpoczynających się w dniach od poniedziałku do soboty (dyżur 16 godzin 25 minut);

• złotych brutto (słownie:⁰⁰/100 złotych brutto) za 1 godzinę pełnienia dyżurów 24 godzinnych rozpoczynających się w niedzielę lub święta;

Zakres III (I i II Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej, Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu):

• złotych brutto (słownie:⁰⁰/100 złotych brutto) za 1 godzinę pełnienia dyżurów medycznych rozpoczynających się w dniach od poniedziałku do soboty (dyżur 16 godzin 25 minut);

• złotych brutto (słownie:⁰⁰/100 złotych brutto) za 1 godzinę pełnienia dyżurów 24 godzinnych rozpoczynających się w niedzielę lub święta.

c. gotowości do udzielania świadczeń („dyżury pod telefonem”):

• złotych brutto (słownie:⁰⁰/100 złotych brutto) za jednorazowe pełnienie „dyżuru pod telefonem” w wymiarze 16 godzin 25 minut w oddziałach Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu Filia 2 – Szpital Rehabilitacyjno-Kardiologiczny w Kowanówku;

W przypadku, gdy podczas pełnienia w/w dyżuru przyjmujący zamówienie będzie udzielał świadczeń opieki zdrowotnej otrzyma dodatkowo złotych brutto (*słownie:⁰⁰/100 złotych brutto*)

- złotych brutto (*słownie:⁰⁰/100 złotych brutto*) za jednorazowe pełnienie „dyżuru pod telefonem” w wymiarze **24 godzin** w oddziałach Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu Filia 2 – Szpital Rehabilitacyjno-Kardiologiczny w Kowanówku.

W przypadku, gdy podczas pełnienia w/w dyżuru przyjmujący zamówienie będzie udzielał świadczeń opieki zdrowotnej otrzyma dodatkowo złotych brutto (*słownie:⁰⁰/100 złotych brutto*)

*właściwe wypełnić

8. Czas trwania umowy :.....

9. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert w sprawie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu.

10. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami konkursu i treścią umowy i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.

11. Oświadczam, że nie jest stroną umowy zwartej z NFZ w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - tym samym nie zachodzą przesłanki, o których mowa w art. 133 w zw. z art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.),

12. Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta:

(czytelny podpis i pieczęć Oferenta lub
osoby uprawnionej do jego, data, miejscowość)