

**WOJEWÓDZKI SZPITAL PSYCHIATRYCZNY W ANDRYCHOWIE
34-120 ANDRYCHÓW, UL. DĄBROWSKIEGO 19**

**FORMULARZ OFERTOWY: KONKURS NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
przez lekarzy psychiatrów w WOJEWÓDZKIM SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM W ANDRYCHOWIE
w Centrum Zdrowia Psychicznego**

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....
.....

Adres do korespondencji:

.....
.....Tel.

UWAGA:

1. Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.
2. Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.
3. Do oferty należy załączyć:
 - o Odpis z KRS, wypis z CEIDG, zaświadczenie o nadaniu REGON, NIP,
 - o kserokopię odpisu z właściwego rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą,
4. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie wg wymogów SWKO, referencje oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na wybór oferenta – proszę załączyć do oferty i wymienić w spisie załączników do niniejszej oferty.
5. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz Oświadczenie zgodności danych przedkładanych przez oferenta pod rygorem odpowiedzialności karnej – dotyczy podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcą, spółką cywilną, spółką jawną lub spółką partnerską jako grupowa praktyka lekarska.
6. Przez „Oferenta”, KTÓREGO OFERTA ZOSTAŁA PRZYJĘTA należy rozumieć „Przyjmującego zamówienie”.

Proponowana liczba godzin udzielania usług medycznych:.....

1. Kryterium cena 80%

Proponowana cena:

**Za realizację usługi –udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Centrum Zdrowia Psychicznego –
cena jednostkowa brutto..... za punkt**

2. Kryteria: JAKOŚĆ, KOMPLEKSOWOŚĆ, DOSTĘPNOŚĆ, CIĄGŁOŚĆ: zaznaczyć właściwe

Kryterium	Forma w jakiej oferent spełnia kryteria	Sposób potwierdzenia
Jakościowe	Posiadanie tytułu specjalisty lub II stopień specjalizacji w dziedzinie psychiatrii TAK/NIE	Dołączenie dyplomu specjalisty w dziedzinie psychiatrii
Kompleksowości	Posiadanie co najmniej 5 lat doświadczenia w pracy w Szpitalu Psychiatrycznym TAK/NIE	Oświadczenie Oferenta oraz ew. potwierdzenie przez Kierownika Oddziału
Dostępności	Deklaracja realizacji co najmniej 40 godzin udzielania świadczeń w miesiącu TAK/NIE	Oświadczenie Oferenta
Ciągłości	Udzielania świadczeń będących przedmiotem konkursu przez 24 miesiące poprzedzające złożenie oferty TAK/NIE	Oświadczenie Oferenta

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

Oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią:

- a) ogłoszenia,
- b) Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),
- c) projektu umowy (załącznik nr 3 do SWKO),

akceptuje ich treść i nie wnosi do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń.

2. w przypadku wyboru oferty, Oferent zobowiązuje się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO, w szczególności wzoru umowy, stanowiącego Załącznik nr 3 do SWKO, oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.

3. OFERENT WYRAŻA ZGODĘ / ODMAWIA WYRAŻENIA ZGODY na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).

W przypadku wyrażenia zgody należy podać:

Adres e-mail: _____

i/lub

FAX: _____

4. Działając jako Oferent lub na jego rzecz, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.
5. Lista załączników do Oferty:

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć Oferenta