Załącznik nr 1

*Pieczęć firmowa Oferenta Miejscowość ……………....…. dnia …………*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**dla Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Andrychowie**

**34-120 Andrychów, ul. Jarosława Dąbrowskiego19**

**Niniejszym zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne dla dorosłych w ramach realizacji programu pilotażowego w Centrum Zdrowia Psychicznego**

**Pakiet nr ……………..**

|  |
| --- |
| **Dane Oferenta** |
| Nazwa |  |
| Adres |  |
| Adres do korespondencji |  |
| Telefon |  |
| Fax |  |
| e-mail |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Nazwa bankuNr rachunku bankowego |  |
| Imię i nazwisko Dyrektora lub Kierownika placówki |  |
| Imię i nazwisko oraz nr telefonu osoby odpowiedzialnej za realizację umowy |  |

 …………………………….

Podpis i pieczęć osoby/osób

 uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Oferenta

Załącznik nr 2

*Pieczęć firmowa Oferenta Miejscowość ……………....…. dnia …………*

**FORMULARZ OFERTOWY - CENA**

**dla Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Andrychowie**

**34-120 Andrychów, ul. Jarosława Dąbrowskiego19**

**Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne dla dorosłych w ramach realizacji programu pilotażowego w Centrum Zdrowia Psychicznego w zakresie:**

**- Pakiet nr I – powiat wadowicki\***

w ramach współpracy stron w zakresie realizacji umowy zawartej przez Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie (Lidera) z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie:

- ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne dla dorosłych w Poradni Zdrowia Psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym;

- leczenie środowiskowe psychiatryczne dla dorosłych (domowe) w Zespole Leczenia Środowiskowego,

w ramach realizacji programu pilotażowego w Centrum Zdrowia Psychicznego.

**- Pakiet nr II – powiat suski\***

w ramach współpracy stron w zakresie realizacji umowy zawartej przez Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie (Lidera) z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie:

- ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne dla dorosłych w Poradni Zdrowia Psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym,

w ramach realizacji programu pilotażowego w Centrum Zdrowia Psychicznego.

**- Pakiet nr III – powiat suski\***

w ramach współpracy stron w zakresie realizacji umowy zawartej przez Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie (Lidera) z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie:

- leczenie środowiskowe psychiatryczne dla dorosłych (domowe) w Zespole Leczenia Środowiskowego,

w ramach realizacji programu pilotażowego w Centrum Zdrowia Psychicznego.

*\*wskazać wybrany Pakiet*

**Pakiet I**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Rodzaj świadczenia | Maksymalna dopuszczalna cena (brutto) w PLN | Oferowana przez Przyjmującego zamówienie cena (brutto) w PLN |
| 1. | ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne dla dorosłych w Poradni Zdrowia Psychicznego |  12,98 PLN / jeden punkt rozliczeniowy |  |
| 2. | zadania wykonywane w ramach PZK |  20.000,00 PLN / ryczałt miesięczny |  |
| 3. | leczenie środowiskowe psychiatryczne dla dorosłych (domowe) w Zespole Leczenia Środowiskowego |  13,46 PLN / jeden punkt rozliczeniowy |  |

**Pakiet II**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Rodzaj świadczenia | Maksymalna dopuszczalna cena (brutto) w PLN | Oferowana przez Przyjmującego zamówienie cena (brutto) w PLN |
| 1. | ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne dla dorosłych w Poradni Zdrowia Psychicznego |  12,98 PLN / jeden punkt rozliczeniowy |  |
| 2. | zadania wykonywane w ramach PZK |  20.000,00 PLN / ryczałt miesięczny |  |

**Pakiet III**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Rodzaj świadczenia | Maksymalna dopuszczalna cena (brutto) w PLN | Oferowana przez Przyjmującego zamówienie cena (brutto) w PLN |
| 1. | leczenie środowiskowe psychiatryczne dla dorosłych (domowe) w Zespole Leczenia Środowiskowego |  13,46 PLN / jeden punkt rozliczeniowy |  |

 …………………………….

Podpis i pieczęć osoby/osób

 uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Oferenta

Załączniki nr 3

*Pieczęć firmowa Oferenta Miejscowość ……………....…. dnia …………*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

**Oświadczam, że:**

1.  Zapoznałem się z treścią Regulaminu i szczegółowych warunków konkursu ofert, nie wnoszę żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem niezbędne informacje do przygotowania oferty.

2.  Akceptuję bez zastrzeżeń wymagania stawiane Oferentom jak i projekt umowy stanowiący załącznik nr 6 do Regulaminu i szczegółowych warunków konkursu oraz zobowiązuję się, w przypadku wyboru niniejszej oferty, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie.

3.  Personel wykazany w ofercie wyraził zgodę na udzielanie świadczeń będących przedmiotem konkursu oraz zgłoszenie ich danych w zasobach umowy z Płatnikiem.

4.  Oświadczam, że personel wskazany do realizacji zamówienia posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

5.  Samodzielnie dokonuję wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym.

6.  Zobowiązuję się do kontynuowania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy.

7.  Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

8.  Zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

9.  Akceptuję zastrzeżenie o dopuszczeniu wprowadzenia zmian do umowy przez Udzielającego zamówienia, jeżeli zapisy w umowie pomiędzy NFZ a Udzielającym zamówienia będą istotnie wpływały na zapisy umowy.

10. Zobowiązuję się przestrzegać zapisów obowiązujących ustaw, zarządzeń Prezesa NFZ oraz rozporządzeń Ministra Zdrowia w części dotyczącej realizacji przedmiotowych świadczeń.

**Do formularza ofertowego dołączam następujące dokumenty:**

1…………………………………….

2…………………………………….

3…………………………………….

4…………………………………….

 …………………………….

Podpis i pieczęć osoby/osób

 uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Oferenta

Załączniki nr 4

*Pieczęć firmowa Oferenta Miejscowość ……………....…. dnia …………*

**WYKAZ PERSONELU**

**wskazanego do realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko/PESEL | Kwalifikacje personelu | Prawo Wykonywania Zawodu  | Tygodniowy wymiar czasu pracy |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 …………………………….

Podpis i pieczęć osoby/osób

 uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Oferenta

Załączniki nr 5

*Pieczęć firmowa Oferenta Miejscowość ……………....…. dnia …………*

**HARMONOGRAM MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

**Poradnia Zdrowia Psychicznego\***

|  |  |
| --- | --- |
| Dzień tygodnia | Godziny pracy |
| PONIEDZIAŁEK | od godz. ……………………. do godz. ……………………… |
| WTOREK | od godz. ……………………. do godz. ……………………… |
| ŚRODA | od godz. ……………………. do godz. ……………………… |
| CZWARTEK | od godz. ……………………. do godz. ……………………… |
| PIĄTEK | od godz. ……………………. do godz. ……………………… |
| SOBOTA | od godz. ……………………. do godz. ……………………… |

**HARMONOGRAM MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

**Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny\***

|  |  |
| --- | --- |
| Dzień tygodnia | Godziny pracy |
| PONIEDZIAŁEK | od godz. ……………………. do godz. ……………………… |
| WTOREK | od godz. ……………………. do godz. ……………………… |
| ŚRODA | od godz. ……………………. do godz. ……………………… |
| CZWARTEK | od godz. ……………………. do godz. ……………………… |
| PIĄTEK | od godz. ……………………. do godz. ……………………… |
| SOBOTA | od godz. ……………………. do godz. ……………………… |

**HARMONOGRAM MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

**Zespół Leczenia Środowiskowego (domowego)\***

|  |  |
| --- | --- |
| Dzień tygodnia | Godziny pracy |
| PONIEDZIAŁEK | od godz. ……………………. do godz. ……………………… |
| WTOREK | od godz. ……………………. do godz. ……………………… |
| ŚRODA | od godz. ……………………. do godz. ……………………… |
| CZWARTEK | od godz. ……………………. do godz. ……………………… |
| PIĄTEK | od godz. ……………………. do godz. ……………………… |
| SOBOTA | od godz. ……………………. do godz. ……………………… |

*\*wypełnić odpowiednią tabelę, zgodnie z wybranym Pakietem*

 …………………………….

Podpis i pieczęć osoby/osób

 uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Oferenta