**Załącznik nr 1**

**F O R M U L A R Z O F E R T O W Y**

**Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu prac protetycznych i ortodontycznych   
dla Przychodni Specjalistycznej w Tarnobrzegu.**

**Dane Wykonawcy:**

1. Nazwa …………..………………………………………………………………………..........................

…………………………………………………………………………………………................................

2. Siedziba ………. …………………………………………………………………….......………………

3. Adres, nr telefonu, fax ……………………………………………………………….......……………….

4. NIP ………………………..……..………… REGON ………………………………….......…………..

5. Dane rejestrowe …………………………………………………………………….......………………..

………………………………………………………………………………………................................…

6. Numer rachunku bankowego ……………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

**Zamawiający**: **Przychodnia Specjalistyczna w Tarnobrzegu**

**39-400 Tarnobrzeg, ul. Mickiewicza 34**

W oparciu o ogłoszenie Przychodni Specjalistycznej w Tarnobrzegu, opublikowane na stronie internetowej PS w Tarnobrzegu oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie PS w Tarnobrzegu od dnia 27.10.2016r., na wykonywanie w okresie od 07.11.2016r. do 31.12.2018r. świadczeń zdrowotnych   
w zakresie na wstępie wymienionym o f e r u j ę(my) udzielanie w okresie   
od..……….….....…..do……….…..…...…..świadczeń ................................................................................

........................................................................................................................................................................

w cenie (wpisać cenę w odpowiednim miejscu wg zakresu oferowanych świadczeń):

\* wynagrodzenie obejmuje również koszty zabezpieczenia we własnym zakresie przez oferenta odpowiedniej odzieży ochronnej i roboczej wymaganej przy danym rodzaju świadczeń i wg wzoru określonego przez Zamawiającego.

**I. ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE w zakresie: .......................................................................................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj pracy protetycznej** | **Ilość** | **Cena jednostkowa**  **brutto** |
| 1. | Wykonanie protezy akrylowej. |  |  |
| 2. | Wykonanie napraw protez akrylowych [czynności dla odtworzenia funkcji lub poszerzenia zakresu ruchomej protezy (naprawy) w większym zakresie z wyciskiem – *świadczenie obejmuje odtworzenie funkcji żucia przez naprawę protez ruchomych w większym zakresie z wyciskiem, 1 raz na 2 lata*]. |  |  |
| 3. | Całkowite podścielenie jednej protezy w sposób pośredni, włącznie z ukształtowaniem obrzeża – dla szczęki *(świadczenie jest udzielane 1 raz na 2 lata)* - w kwocie nie przekraczającej wartości połowy punktów oferowanych przez NFZ za daną procedurę. |  |  |
| 4. | Całkowite podścielenie jednej protezy w sposób pośredni, włącznie z czynnościowym ukształtowaniem obrzeża – dla żuchwy - *(świadczenie jest udzielane 1 raz na 2 lata)* - w kwocie nie przekraczającej wartości połowy punktów oferowanych przez NFZ za daną procedurę |  |  |

**II. ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE w zakresie: .....................................................................................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj pracy ortodontycznej** | **Ilość** | **Cena jednostkowa**  **brutto** |
| 1. | LECZENIE APARATEM ORTODONTYCZNYM RUCHOMYM, JEDNOSZCZĘKOWYM.  - płytka Schwarza górna i dolna |  |  |
| 2. | LECZENIE APARATEM ORTODONTYCZNYM RUCHOMYM, DWUSZCZĘKOWYM NIEELASTYCZNYM. |  |  |
| - Klammt |  |  |
| - Metzelder |  |  |
| 3. | Naprawa aparatu ruchomego z wyciskiem |  |  |
| 4. | Proteza dziecięca częściowa |  |  |

- zgodnie z ogłoszeniem na wstępie wymienionym, obowiązującymi w tym konkursie szczegółowymi warunkami przeprowadzania konkursu ofert w sprawie umowy na świadczenia zdrowotne w PS   
w Tarnobrzegu wraz z częścią szczegółową dot. udzielenia zamówienia na wykonywanie danego rodzaju świadczeń zdrowotnych oraz wzorem (projektem) umowy. Powyższa cena obejmuje pełny zakres zamówienia, określony w tych dokumentach (wraz z załącznikami).

1. Oświadczam(my), że zapoznałem (liśmy) się z treścią ogłoszenia na wstępie powołanego, szczegółowymi warunkami przeprowadzania konkursu (wraz z zał.) oraz projektem umowy   
   (z zał.) obowiązującymi w przedmiotowym postępowaniu i przyjmuję(my) je bez zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy informacje konieczne do przygotowania oferty.
2. Oświadczam(my), że uważam(my)y się związany(i) niniejszą ofertą przez czas określony   
   w powołanym na wstępie ogłoszeniu o konkursie.
3. Oświadczam(my), że projekt umowy (z zał.) obowiązujący w konkursie ofert   
   w sprawie udzielenia zamówienia, którego moja (nasza) oferta dotyczy – został przeze mnie (przez nas) zaakceptowany i zobowiązuję(my) się w przypadku wyboru mojej (naszej) oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez PS   
   w Tarnobrzegu.
4. Oświadczam(y), że:

1/ nie toczą się przeciwko mnie (nam) postępowania dyscyplinarne ani karne z tytułu nienależytego wykonywania zawodu …………………………………………….,.\*

(wpisać zawód odpowiedni do oferowanych świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki indywidualnej),

nie byłem(am) karany(a) karnie ani dyscyplinarnie z tego tytułu,

2/ nie toczą się przeciwko osobom wskazanym w załączonym do oferty wykazie osób, które będą w imieniu oferenta realizować świadczenia - postępowania dyscyplinarne ani karne z tytułu nienależytego wykonywania zawodu przez te osoby i osoby te nie były karane dyscyplinarnie ani karnie z tego tytułu\*.

\* niewłaściwe skreślić

1. Oświadczam(y), że pozostaję(emy) w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia.

**Załączniki:**

1/ Wykaz osób wykonujących zamówienie w przypadku podmiotu leczniczego, grupowej praktyki lekarskiej, pielęgniarskiej lub innych osób realizujących oferowane świadczenia.

2/ Prawo wykonywania zawodu i kwalifikacje, uprawnienia (dyplom specjalizacji, kursy kwalifikacyjne, odpowiednio dyplom(y) ratownika medycznego, opiekunki).

3/ Wypis z KRS lub ewidencji działalności gospodarczej wystawione nie wcześniej niż   
3 miesiące przed złożeniem oferty.

4/ Decyzja lub uchwała o wpisie do właściwego rejestru praktyki lub rejestru zoz.

5/ Decyzja NIP, REGON.

6/ Polisa OC odpowiednia do rodzaju oferowanych świadczeń zdrowotnych.

………………………………………

(miejscowość, data)

………………………………………………..

(pieczęć firmowa i podpis Wykonawcy)