

.....
Pieczęć firmowa Wykonawcy

Miejscowość dnia

FORMULARZ OFERTOWY

dla Akademickiego Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej Spółka z o.o.
w Bytomiu

1. Nazwa Oferenta:
-
2. Imię i nazwisko osoby/osób reprezentujących Oferenta
3. Adres:
4. Numer telefonu
5. E-mail
6. NIP
7. REGON
8. Numer rachunku bankowego
9. Numer wpisu do właściwego rejestru prowadzonej działalności
10. Imię i nazwisko oraz nr tel. osoby odpowiedzialnej za realizację przedmiotu zamówienia:
.....

.....
Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta



FORMULARZ OFERTOWY

I. Deklaruję realizację świadczeń dla lokalizacji Zabrze.

II. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

a) w przypadku świadczeń udzielanych w ramach kontraktu z NFZ

Lp.	Rodzaj udzielanego świadczenia	Cena ryczałtowa za wykonany punkt*
1	Świadczenia z zakresu ortodoncji	 zł/pkt
2	Świadczenia w zakresie programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki	 zł/pacjent

*w przypadku wyceny świadczeń, gdzie przewidziane jest wynagrodzenie za punkt, podstawą kalkulacji jest zawsze liczba punktów z kolumny AMMS „realizacja punkty” przewidzianych do rozliczenia danego świadczenia w katalogu NFZ z zastrzeżeniem, iż w przypadku świadczeń udzielanych w ramach kontraktu z NFZ należy wziąć pod uwagę iż, wynagrodzenie końcowe ustala się po odliczeniu od ceny za punkty kosztów laboratoryjnych/protetycznych prac ortodontycznych gwarantowanych stanowiących 50% ilości wykonanych punktów określonych przez NFZw „Katalogu zakresów i świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne).

b) w przypadku świadczeń komercyjnych

Lp.	Świadczenia komercyjne	Wartość ryczałtowa stanowiąca % ceny cennikowej za udzielone świadczenie
1	Wartość % ceny cennikowej za udzielone świadczenie	 %

w przypadku świadczeń komercyjnych % wartości wypracowanych środków finansowych ustala się po odliczeniu rzeczywistych kosztów laboratoryjnych/protetycznych prac ortodontycznych (wartość środków ustalana jest według rzeczywistych kosztów tych prac zgodnie z obowiązującym cennikiem).

c) ryczałt za pełnienie funkcji Kierownika Poradni zł /miesięcznie

II. Formularz oceny kryteriów pozacenowych:

a) Oświadczam, iż w okresie ostatnich 5 lat przed datą złożenia oferty posiadam doświadczenie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ortodoncji:

☐ - do 3 lat

☐ - powyżej 3 lat

Usługi świadczone były na rzecz następujących podmiotów

Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego	Okres świadczenia usług
1		
2		
3		

- b) Oświadczam, iż w okresie ostatnich 5 lat przed datą złożenia oferty posiadam doświadczenie w zakresie pełnienia funkcji Kierownika Poradni w jednostce udzielającej świadczeń medycznych:

☐ - do 2 lat

☐ - powyżej 2 lat

Funkcja pełniona była na rzecz następujących podmiotów:

Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego	Okres pełnienia funkcji Kierownika
1		
2		
3		

III. Dane osób realizujących usługi będące przedmiotem konkursu:

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje
1		
2		
3		

IV. Minimalna liczba osób udzielających świadczenie zdrowotne

V. Niniejszym oświadczam/my, iż:

- zapoznałem/zapoznaliśmy się z treścią dokumentów Szczegółowych Warunków Konkursu (SWK) i akceptuję/akceptujemy je bez zastrzeżeń oraz uzyskałem/uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty*.
- akceptuję/akceptujemy bez zastrzeżeń zakres świadczeń, wymagania stawiane Oferentom jak i projekt umowy stanowiący **załącznik nr 2 do SWK** oraz zobowiązuję się/zobowiązujemy się, w przypadku wyboru niniejszej oferty, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienie. W przypadku niestawienia się w wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienie miejscu i terminie w celu zawarcia umowy, Oferent zobowiązuje się do zapłaty kary umownej w wysokości 1 000,00 zł (słownie: tysiąc złotych) na wskazany rachunek Udzielającego Zamówienie.*
- uważam/my się za związanego ofertą przez okres 21 dni od upływu terminu składania ofert*.
- świadczenia objęte przedmiotem zamówienia będą wykonywane przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach przewidzianych odpowiednimi obowiązującymi przepisami*.
- zobowiązuję/my się posiadania i kontynuowania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy i na warunkach w niej określonych*.
- jeżeli w treści złożonej oferty lub innych przekazywanych Udzielającemu Zamówienie dokumentów Oferent poda dane osobowe swoich pracowników, współpracowników, przedstawicieli lub innych osób, zobowiązuje się on do ich poinformowania o powyższym fakcie, jak też do wypełnienia

względem nich, w imieniu Udzielającego Zamówienie, obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 14 RODO, w oparciu o klauzulę informacyjną nr 1 zawartą w załączniku nr 2 do SWK. W powyższym wypadku Oferent załącza do oferty podpisany **załącznik nr 2 do SWK**.

- g) akceptuję/akceptujemy fakt, że składając niniejszą ofertę wyraża ona jednocześnie zgodę na przetwarzanie zawartych w jej treści jego danych osobowych w celu umożliwienia mu udziału w konkursie ofert, w tym rozpatrzenia złożonej przez niego oferty.

**) w przypadku nie wyrażania zgody należy skreślić.*

Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do realizacji przedmiotu konkursu oraz spełniam, jako Oferent, warunki ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2023, poz. 991) w zakresie realizacji przedmiotu umowy.

.....
*Podpis i pieczęć osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania
Wykonawcy*

.....
Data i miejscowość

KIEROWNIK
DZIAŁU KADR I PŁAC
mgr Małgorzata Rogalska