

**OFERTA**

**RYCZAŁT MIESIĘCZNY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych dotyczących zapewnienia obsługi medycznej stacjonarnej i wyjazdowej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze miasta Bytom**

Propozycja Oferenta

**Pakiet I** .....% kwoty wynagrodzenia wypłacanego przez ŚOW NFZ

**Pakiet II** .....% kwoty wynagrodzenia wypłacanego przez ŚOW NFZ

**Pakiet III** .....% kwoty wynagrodzenia wypłacanego przez ŚOW NFZ

Brak możliwości składania ofert częściowych. Udzielenie zamówienia możliwe jest w całości na rzecz jednego Wykonawcy. Obligatoryjnie- równy procent (%) na każdy z pakietów.

**Okres obowiązywania umowy od 01.04.2025 r. do 30.06.2027 r.**

*Ryczałt został przydzielony przez ŚOW NFZ na okres do 30.06.2027 r.*

**Na dzień ogłoszenia konkursu miesięczna wartość kontraktu z ŚOW NFZ wynosi:**

**SPZOZ Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu (Pakiet I) – 189 278,79 zł**

**SPZOZ Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu (Pakiet II) - 189 278,79 zł**

**SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu (Pakiet III) - 189 278,79 zł**

**Oświadczenie Oferenta:**

1. Oświadczam, że spełniam warunki określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej(t.j. Dz. U. z 2024 r. poz.799 z późn. zm.).
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o szczegółowych warunkach konkursu ofert i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w w/w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam, że zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, że pozostanę związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Akceptuję czas trwania umowy.
8. Oświadczam, iż minimalna ilość osób realizujących przedmiot zamówienia to :..... osób.
9. Oświadczam, że wobec osób będących realizatorami umowy nie jest prowadzone postępowanie w sprawie odpowiedzialności zawodowej.

*T*  
*K*  
*Pracownik*

*Z*

10. Oświadczam, że przedłożę polisę OC zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
11. Oświadczam, że zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.
12. Oświadczam, że akceptuję warunki lokalowe w siedzibie Oferenta i posiadam zgodne z wymogami wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu do realizacji przedmiotu umowy.
13. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania usług z należytą starannością i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.
14. Oświadczam, że umowę będę realizował zgodnie z obowiązującymi przepisami NFZ.
15. Oświadczam, że kwalifikacje personelu wykonującego świadczenie zdrowotne będą zgodne z wymaganiami określonymi przez NFZ.
16. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym na dzień składania oferty stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej związanej ze składaniem fałszywych oświadczeń.

....., dnia .....

**Podpis Oferenta:**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w przedstawionych dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury postępowania konkursowego zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2019 poz. 1781).

....., dnia .....

**Podpis Oferenta:**

AK  
Lacunar