………………, dnia ............................ 2022 r.

**Udzielający Zamówienia:**

**Wojskowa Specjalistyczna**

**Przychodnia Lekarska SPZOZ**

**ul. Gagarina 71**

**78-301 Świdwin**

**OFERTA**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W LATACH 2023 - 2025**

**NA POTRZEBY WOJSKOWEJ SPECJALISTYCZNEJ PRZYCHODNI LEKARSKIEJ SP ZOZ W ŚWIDWINIE**

1. **Dane dotyczące Oferenta:**

Imię i nazwisko/nazwa: ................................................................................................……………………………………… zam./siedziba .........................................................................................................................................

2. Oświadczam, że:

1) uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert,

2) zapoznałam/em się z zasadami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń;

3) w przypadku udzielenia mi zamówienia zobowiązuję się do zawarcia umowy na zasadach określonych w niniejszym postępowaniu - w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienie.

1. Do oferty dołączono następujące dokumenty:
2. ……………………………………………………………….,
3. ……………………………………………………………….,
4. ……………………………………………………………….,
5. ……………………………………………………………….,
6. ……………………………………………………………….,
7. ……………………………………………………………….,
8. ……………………………………………………………….,
9. ……………………………………………………………….,
10. ……………………………………………………………….,
11. ……………………………………………………………….
12. Zobowiązuję się wykonać następujący przedmiot zamówienia, za następującą cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj świadczenia** | **Zakres** | **Proponowana cena brutto**  **w zł** | **Cena dotyczy** | Oferowany zakres świadczeń udzielanych w danym roku (proszę podać maksymalną deklarowaną ilość populacji/punktów/osób)  2023 2024 2025 | | |
| 1 | Podstawowa opieka zdrowotna | Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej |  | Wynagrodzenie miesięczne | Populacja – … | Populacja – … | Populacja – … |
| 2 | Opieka psychiatryczna  i leczenie uzależnień | Lekarz psychiatra |  | Odpłatne przyjęcie pacjenta | …… osoby | …… osoby | …… osoby |
| 3 | Dermatolog | Lekarz dermatolog |  | Odpłatne przyjęcie pacjenta | …… osoby | …… osoby | …… osoby |
| 4 | Endokrynolog | Lekarz endokrynolog |  | Odpłatne przyjęcie pacjenta | …… osoby | …… osoby | …… osoby |
| 5 | Kardiolog | Lekarz kardiolog |  | Odpłatne przyjęcie pacjenta | …… osoby | …… osoby | …… osoby |
| 6 | Medycyna pracy | Lekarz medycyny pracy |  | badanie profilaktyczne ucznia | …… osoby | …… osoby | …… osoby |
|  | badanie profilaktyczne pracownika |
|  | badanie profilaktyczne kierowcy |
|  | badanie profil. do pozwolenia na broń palną |
|  | badanie i wpis do książeczki sanit. - epidem. |
|  | ocenione i opisane badanie audiometryczne |
| 7 | Ambulatoryjna opieka specjalistyczna | Lekarz otolaryngolog |  | punkt rozliczeniowy | …… punkty | …… punkty | …… punkty |
|  | odpłatne przyjęcie pacjenta |
|  | ocenione i opisane badanie audiometryczne |
|  | badanie w ramach medycyny pracy |
| 8 | Lekarz neurolog[[1]](#endnote-1) |  | punkt rozliczeniowy | …… punkty | …… punkty | …… punkty |
|  | odpłatne przyjęcie pacjenta |
|  | badanie w ramach medycyny pracy |
| 9 | Lekarz okulista |  | punkt rozliczeniowy | …… punkty | …… punkty | …… punkty |
|  | odpłatne przyjęcie pacjenta |
|  | badanie w ramach medycyny pracy |
| 10 | Lekarz chirurgii ogólnej |  | punkt rozliczeniowy |  |  |  |
|  | odpłatne przyjęcie pacjenta | …… punkty | …… punkty | …… punkty |
|  | odpłatna procedura wysokospecjalistyczna |
|  | świad. diagn. - zabieg. dla pensjonariusza ZK |
| 11 | Lekarz urolog |  | odpłatne przyjęcie pacjenta | …… osoby | …… osoby | …… osoby  …… osoby |

……….…………………………………..

Pieczęć i podpis Oferenta

1. W przypadku oferty na lekarza neurologa niezbędne będzie dodatkowo zawarcie umowy najmu pomieszczenia. Czynsz miesięczny wynosi 100 zł netto + VAT. [↑](#endnote-ref-1)