*Załącznik nr 1 do Regulaminu*

…………………………………………………

…………………………………………………

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

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

…………………………………………………..

Adres podmiotu

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

Rodzaj rejestru, NIP

**Szpital Powiatowy w Chrzanowie**

**Oferta**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie**:

*hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach ośrodka / oddziału dziennego oraz telerehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach domowych*

w ramach współpracy stron w zakresie realizacji umowy zawartej przez Szpital Powiatowy   
w Chrzanowie (Koordynatora) z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał).

Niniejszym składam następującą ofertę cenową:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Procent wagi punktowej wartości osobodnia** | **Maksymalna dopuszczalny procent wagi punktowej wartości osobodnia** | **Oferowany procent wagi punktowej wartości osobodnia** |
| **90%** |  |

*Wynagrodzenie za realizację w/w świadczeń stanowić będzie zadeklarowany* ***procent wartości*** *produktu wskazanego do rozliczenia określonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, przy czym wartość produktu stanowi iloczyn liczby osobodni oraz wartości punktowej za osobodzień danego produktu, określonej w aktualnych katalogach dedykowanych do rozliczenia świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia, do limitu dni określonego w rozporządzeniu „koszykowym” dot. Rehabilitacji.*

W ramach niniejszej oferty, deklaruję***:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium oceniane** | **Maksymalna ilość punktów** | **TAK/NIE\*** |
| **1** | Zapewnienie udzielenia świadczenia w ciągu 14 dni od wypisu ze szpitala | **20** |  |

*\*wpisać odpowiednio*

Zobowiązuję się do współpracy z Koordynatorem nadzorującym plan leczenia pacjenta oraz do realizacji w/w świadczeń zdrowotnych po uzgodnieniu terminu przez wskazanego / uprawnionego pracownika Udzielającego Zamówienia (Koordynatora) z wskazanym / upoważnionym pracownikiem Przyjmującego zamówienie:, telefonicznie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej oraz w terminie określonym w wymogach Ministra Zdrowia i NFZ określonych dla realizacji świadczeń kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał).

Pieczątka i podpis

*Załącznik nr 2 do Regulaminu*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

……………………………………………………………………………

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

……………………………………………………………………………

Adres podmiotu

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

Rodzaj rejestru, NIP

Oświadczam, że:

1. Oświadczam, że personel wskazany do realizacji zamówienia posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
2. Samodzielnie dokonuję wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym.
3. Zapoznałem się z Regulaminem i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami i zapisami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
6. Dopuszczam zmianę treści umowy przed jej podpisaniem w razie konieczności wprowadzenia takich zmian w wyniku okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ogłaszania postępowania konkursowego.
7. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

**Do formularza ofertowego dołączam następujące dokumenty:**

* 1. ……………………………………………
  2. …………………………………………...
  3. ……………………………………………
  4. ……………………………………………
  5. …………………………………………...
  6. ……………………………………………

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

miejsce i data podpis