*Załącznik nr 1 do Regulaminu*

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

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

Adres podmiotu

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

Rodzaj rejestru, NIP

**Oferta**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

***Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie w zakresie:***

**rehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach oddziału stacjonarnego**

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).

*Wynagrodzenie za realizację w/w świadczeń stanowić będzie 100 % wartości produktu wskazanego do rozliczenia określonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia., przy czym wynagrodzenie 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** | Posiadanie minimum 5-letniego doświadczenia w realizacji świadczeń będących przedmiotem zamówienia w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia doświadczenie w realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej | **50** |  |
| **2** | Zapewnienie udzielenia świadczenia w ciągu 14 dni od wypisu ze szpitala (liczone od momentu zakończenia rewaskularyzacji po wypisie (zarówno za pomocą PCI jak i CABG | **30** |  |
| **3** | Zapewnienie transportu pacjentów do miejsca udzielania świadczeń i z powrotem po udzieleniu świadczenia  | **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: bezpośrednio, 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 warunkami konkursu i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
6. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
7. Zobowiązuję się do zawarcia odrębnej umowy w zakresie obsługi administracyjnej realizowanej przez Udzielającego zamówienia a związanej z rozliczeniem świadczeń zdrowotnych z NFZ w zakresie będącym przedmiotem niniejszego zamówienia. Termin zawarcia umowy nastąpi do 14 dni od daty podpisania umowy będącej przedmiotem postępowania konkursowego.

Do formularza ofertowego dołączam następujące dokumenty:

1. ……………………………………………..
2. ……………………………………………..
3. ……………………………………………..
4. ……………………………………………..

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

miejsce i data podpis