Załącznik nr 1 do Regulaminu

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

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

Adres podmiotu

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

Rodzaj rejestru, NIP

**Niniejszym składam ofertę** **na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie:**

świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym dla mieszkańców powiatu chrzanowskiego.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania kryterialne** | **Maksymalna waga punktowa** | **Waga punktowa** | **Cena /Procent** |
| **1** | Miesięczne wynagrodzenie  (w zł) za realizację przez Przyjmującego Zamówienie z tytułu wykonywania Umowy stanowiącej procent z maksymalnego zobowiązania Oddziału NFZ wobec Udzielającego Zamówienia | 65 pkt | 65% | ………… zł  tj. .…….. % |
|  | | | | |
|  | **Wymagania kryterialne** | **Maksymalna waga punktowa** | **Waga punktowa** | **Potwierdzenie spełniania wymagań**  *\*zakreślić TAK lub NIE* |
| **2** | Posiadanie certyfikatów jakości: w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (ISO 9001, 27001,18001) | 15 pkt | 15% | * ISO 9001 – TAK/NIE * ISO 27001 – TAK/NIE * ISO 18001 – TAK/NIE |
| **3** | Posiadanie udokumentowanego doświadczenia w realizacji świadczeń w zakresie *nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej* za okres 12 miesięcy na kwotę minimum 3 mln zł | 10 pkt | 10% | TAK/NIE |
| **4** | Zapewnienie do realizacji świadczeń w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, co najmniej jednego środka transportu (samochód osobowy) a w razie potrzeb większej liczby | 10 pkt | 10% | TAK/NIE |

*W przypadku spełnienia wymogów określonych w formularzu w pkt 2-4, do niniejszej oferty dołączam dokumenty potwierdzające powyższe, wymienione w załączniku nr 2 do Regulaminu.*

1. Zobowiązuję się do udzielania w/w świadczeń na zasadach określonych w:

* Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
* Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnejoraz przepisach odrębnych, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami, z zachowaniem poszanowania praw pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

1. W przypadku zmiany przepisów prawa, o których mowa w pkt., zobowiązuję się do dostosowania warunków udzielania świadczeń do aktualnych wymogów określonych w/w przepisami w trakcie trwania umowy.

……………………………...

Pieczątka i podpis