

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na:

**udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji przez fizjoterapeutę, w Klinice Rehabilitacji, oddziałach szpitalnych, Dziale Rehabilitacji, Ośrodka Rehabilitacji Diennej i fizjoterapii domowej na terenie Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie i terenie Powiatu Olsztyn w okresie od dnia 01.04.2019 r. do dnia 31.03.2022 r. z możliwością przedłużenia.**

składam niniejszą ofertę

**Pełna nazwa oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem) :**

.....  
.....

**Adres prowadzenia działalności :**

.....  
.....

**Adres zamieszkania:**

.....

**Numer telefonu, faksu .....**

**Numer NIP: .....**

**Numer REGON: .....**

**Nr prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty : .....**

**Kwalifikacje zawodowe ( posiadane specjalizacje, kursy, uprawnienia, certyfikaty uzyskane stopnie lub tytuły naukowe ):**

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

**Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Określenie warunków lokalowych, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny:**

.....

.....

.....

**Proponowana kwota należności za udzielane świadczenia zdrowotne:**

(należy uzupełnić wykropkowane pola wpisując proponowane wartości)

1	Klinika Rehabilitacji Oddział Rehabilitacji i Rehabilitacji Neurologicznej, Oddziały Szpitalne,	magister* licencjat,technik* (*niepotrzebne skreślić)	ryczałt miesięczny ..... złotych praca w trybie 4h – 1 x ryczałt* praca w trybie 8h – 2 x ryczałt* (*niepotrzebne skreślić) (od poniedziałku do piątku i w wyznaczone soboty, kwota wypłacana będzie po potwierdzeniu wykonania nałożonych zadań po danym miesiącu przez osobę nadzorującą pracę)
2	Ośrodek Rehabilitacji Diennej, Fizjoterapia Ambulatoryjna,	magister* licencjat,technik* (*niepotrzebne skreślić)	cena za punkt ..... złotych fizjoterapia dla pacjentów bez znacznego stopnia niepełnosprawności – limit punktów: ..... fizjoterapia dla pacjentów ze znacznym stopniem niepełnosprawności - bez limitu , limit punktów: ..... * (*niepotrzebne skreślić)
3	Fizjoterapia Domowa	magister* licencjat,technik* (*niepotrzebne skreślić)	cena za punkt ..... złotych fizjoterapia dla pacjentów bez znacznego stopnia niepełnosprawności – limit punktów: ..... fizjoterapia dla pacjentów ze znacznym stopniem niepełnosprawności - bez limitu , limit punktów: ..... * (*niepotrzebne skreślić)
4	Wykonywane świadczeń odpłatnych wg Cennika Procedur Medycznych	a) zabiegi z zakresu fizykoterapii i hydroterapii	..... wartości świadczenia określonego w cenniku ustalonym przez Dyrektora Szpitala,
		b) zabiegi z zakresu kinezyterapii	..... wartości świadczenia określonego w cenniku ustalonym przez Dyrektora Szpitala,

		c)zabiegi z zakresu kinezyterapii: masaże, terapia manualna, diagnostyka funkcjonalna i terapia stawu skroniowo-żuchwowego, diagnostyka funkcjonalna, praca indywidualna z pacjentem, drenaże	..... wartości świadczenia określonego w cenniku ustalonym przez Dyrektora Szpitala	
		d)porady,konsultacje: wizyta fizjoterapeutyczna	..... wartości świadczenia określonego w cenniku ustalonym przez Dyrektora Szpitala	
		e) dojazd do pacjenta – koszt dojazdu	..... wartości świadczenia określonego w cenniku ustalonym przez Dyrektora Szpitala	
5	Przerwa w świadczeniu usług	Dni niepłatne	..... (wpisać liczbę dni)	
6	Przerwa w świadczeniu usług	Dni szkoleniowe płatne	..... (wpisać liczbę dni) dni proponowana kwota za dzień: .....	

Proponowana ilość punktów jest zobowiązaniem wykonania określonej ilości świadczeń po uśrednieniu przypadającym na każdy miesiąc rozliczeniowy. Liczone w danym roku kalendarzowym.

**Proponowane przez oferenta dodatkowe postanowienia umowne wraz z uzasadnieniem ich przedłożenia:**

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

**Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:**

.....  
(wpisać bank i nr konta)

Oświadczam, że zapoznałem/(am) się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych opracowany przez Zamawiającego.**

Oświadczam, że uważam się związany (a) ofertą przez okres 30 dni od dnia, w którym upłynął termin składania ofert.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania konkursowego zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2018 poz. 1000) oraz RODO.

Do niniejszej oferty załączam wymagane w warunkach zamówienia dokumenty i oświadczenia jako załączniki:

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty.

2. Ankieta konkursowa.

3. Proponowany harmonogram pracy.

4. Klauzula informacyjna i klauzula zgody dla kandydatów do pracy

5. ....

6. ....

7. ....

8. ....

9. ....

10. ....

11. ....

12. ....

13. ....

14. ....

15. ....

16. ....

17. ....

18. ....

19. ....

20. ....

21. ....

22. ....

.....

miejsowość i data

.....

podpis oferenta