Załącznik nr 1 do SWKO

FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

.....

1. Adres Oferenta:

ul ..... kod pocztowy ..... miejscowość .....

tel ……..…..…… fax ……..……..…….…….……

Regon ..... NIP .....

Numer KRS/wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej)

W załączeniu przedkładam:**

1. W przypadku osób fizycznych legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji:
   - kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje,
2. Zaświadczenie o wpisie do (CEIDG) lub odpis z Krajowego Rejestru Sądowego poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zgodnie z art. 26 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej).
3. W przypadku podmiotów leczniczych - aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
4. Decyzję o nadaniu numeru „REGON".
5. Orzeczenie o zdolności do pracy.

UWAGA: Odpowiedni wpis powinien wykazywać, że miejscem wykonywania działalności jest Szpital Wielospecjalistyczny
Powyższe dokumenty należy złożyć w postaci kserokopii, potwierdzonych przez Oferenta za zgodność z oryginałem.

Lp.	**Rodzaj świadczenia**	Ilość świadczeń do zrealizowania w okresie obowiązywania umowy	Proponowana cena brutto w zł za jeden punkt rozumiany zgodnie z zasadami NFZ/miesięczna stawka/za jednego skierowanego i leczonego pacjenta powyżej 60 w kwartale
1.	Jeden punkt rozumiany zgodnie z zasadami NFZ w Poradni Onkologicznej	**900.000**	
2.	Ryczałt miesięczny za udzielanie świadczeń w Zakładzie Radioterapii - minimum średnio 7:35 godz. dziennie w dni robocze	**ryczałt miesięczny**	
3.	za każdego nowego skierowanego i leczonego w Zakładzie Radioterapii pacjenta powyżej sześćdziesięciu w kwartale.	**140 pacjentów**	
4.	Za każdego pacjenta skierowanego z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu do radioterapii w KCO	**600 pacjentów**	

Przyjmuje termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania faktury (rachunku) przez Katowickie Centrum Onkologii.

podpis oferenta

*do oferty należy dołączyć proponowane dni i godziny realizacji świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach.