Załącznik nr 1
do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
na Udzielenie Świadczeń Zdrowotnych (SWKO)

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ FIZJOTERAPEUTĘ, W PROJEKCIE STROKE, PN. *„REHABILITACJA NEUROLOGICZNA DLA OSÓB PO UDARZE MÓZGU W ORTOPEDYCZNO-REHABILITACYJNYM SZPITALU KLINICZNYM IM. W. DEGI UM W POZNANIU”.***

**1. Dane oferenta**

Imię i nazwisko ..... telefon.....

e-mail.....

adres: kod..... miejscowość.....

ulica.....nr.....

PESEL .....

Numer prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty wydanego przez Krajową Radę Fizjoterapeutów: ……..

Część dotycząca Oferentów prowadzących działalność gospodarczą:

Indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna pod nazwą……..., wpisana do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Krajową Radę Fizjoterapeutów pod numerem księgi rejestrowej ……..

NIP …….....REGON…....

Powyższy numer telefonu oraz adres e-mail wskazuję jako środki komunikacji przeznaczone do porozumiewania się ze mną przez Udzielającego Zamówienia w toku Konkursu ofert. Oświadczenia, wezwania i informacje przekazane za pośrednictwem jednego ze wskazanych środków uznaję za skutecznie złożone mi przez Udzielającego Zamówienia.

**2. Zakres świadczeń**

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę, w projekcie STROKE, pn. „Rehabilitacja neurologiczna dla osób po udarze mózgu w Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. W. Degi UM w Poznaniu”.

**3. Czas udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.**

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w projekcie STROKE realizowanym przez Szpital, od dnia 3.05.2021 r. do dnia 9.06.2023r.

……..
Data i podpis

## 4. OFERTA

**4.1. Deklaruję** wynagrodzenie w wysokości:

a. **..... brutto za 1 wizytę fizjoterapeutyczną x 793,5 = ..... brutto**
(łączne wynagrodzenie za wizyty kwalifikacyjne 1 058 pacjentów x 3 wizyty = 3174 wizyty /4 Przyjmujących zamówienie)

b. **.....brutto za 1 terapię 1 pacjenta dziennie x 4 762,5 = .....brutto**
(łączne wynagrodzenie za terapię. 19 050 terapii / 4 Przyjmujących zamówienie = 4 762,5 )

Łączne wynagrodzenie wyniesie..... brutto.
(łączne wynagrodzenie za usługi a-b x ilość tych usług)

**Przyjmuje do wiadomości, że przez ww. stawki BRUTTO rozumie się stawkę brutto wraz z pełnymi kosztami Udzielającego Zamówienia, związanymi z zatrudnieniem Oferenta.**
Ponadto, przyjmuję do wiadomości, że na cele oceny oferty przyjmuje się, że jeden fizjoterapeuta zrealizuje 25% zakładanej ilości wizyt fizjoterapeutycznych oraz 25% terapii. Realizacja w ramach umowy będzie oparta o rzeczywiste wykonanie usług z wyszczególnieniem rodzaju i ilości usług.

.....
Data i podpis

**4.2. Moje doświadczenie zawodowe w pracy z pacjentem ze schorzeniami neurologicznymi wynosi:**

.....
(ilość lat z dokładnością do miesięcy)

**4.3. Posiadam kwalifikacje do wykonywania metod specjalnych w neurorehabilitacji tj. metod: PNF lub NDT Bobath, itp. (jakie – należy wpisać)..... (przynajmniej jednej z nich)**

.....
Data i podpis

**5. Oświadczenia:**
Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę, w ramach projektu STROKE (stanowiącym Załącznik nr 2 do SWKO) i akceptuję zawarte w nich postanowienia, nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

.....
Data i podpis

Oświadczam, że posiadam uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełniam określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki ich realizacji.

.....
Data i podpis
Oświadczam, że jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami wynikającymi z treści powszechnie obowiązujących przepisów prawnych. / dot. Oferentów prowadzących działalność gospodarczą/

.....
Data i podpis

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego Zamówienia złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 2 do SWKO oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

.....
Data i podpis

Oświadczam, że świadczenia wykonywane będą w Ortopedyczno - Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. W. Degi UM w Poznaniu przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia.

.....
Data i podpis

** Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy, której wzór stanowi Załącznik nr 2 do SWKO.

.....
Data i podpis
**Dotyczy Oferentów, którzy nie posiadają umowy ubezpieczenia OC, aktualnej na dzień składania Ofert.

Oświadczam, że wszystkie kserokopie dokumentów załączonych do niniejszej oferty, które nie są wydrukiem elektronicznym nie wymagającym podpisu, są zgodne z oryginałami.

.....
Data i podpis

Oświadczam, że jestem zaszczepiony/na przeciwko WZW.

.....
Data i podpis

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. Kopie dokumentów potwierdzających uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową (dyplom, potwierdzenie uzyskanie specjalizacji, prawo wykonywania zawodu),
2. Kopie wymaganych certyfikatów poświadczających posiadanie kwalifikacji do wykonywania metod specjalnych w neurorehabilitacji, tj. np. metod: PNF lub NDT lub Bobath, itp.
3. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do realizacji umowy,
4. Kopia umowy ubezpieczenia OC – jeśli dotyczy,
5. Opis przebiegu pracy zawodowej potwierdzający niezbędną wiedzę i doświadczenie w zakresie oferowanych usług– CV.