Lubliniec, dnia …………………

DKRK.433.2.2018

**…………………….**

**…………………….**

**…………………….**

**…………………….**

**…………………….**

Dyrekcja Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu (WSN), zwraca się z uprzejmą prośbą o przesłanie oferty cenowej w zakresie świadczonych przez Państwa **usług stomatologicznych** zgodnie z załącznikiem nr 1, w terminie do dnia **16.05.2018 r.** (liczy się data wpływu w WSN)

Nadesłane oferty posłużą do wyłonienia podwykonawcy i zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie na rzecz pacjentów WSN. Przewidywany okres obowiązywania umowy to: od 01.07.2018 r. do 30.06.2020 r.

Wyłoniony podwykonawca zobowiązany będzie art. do:

* posiadania aktualnego i opłaconego ubezpieczenia w zakresie OC, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i utrzymywaniem go przez okres obowiązywania umowy,
* poddania się kontroli przez Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z umowy,
* bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy w Portalu Świadczeniodawcy, zgodnie z wymogami NFZ,
* podpisania umowy zgodnej z załącznikiem nr 3.

Ponadto Oferent jest zobowiązany dostarczyć wraz z formularzem cenowym oświadczenie zgodnie z załącznikiem nr 2.

Jednocześnie informujemy, iż zapłata wynagrodzenia za realizację zamówienia będzie dokonywana w terminie 30 dni od daty otrzymania faktury. Zapłata nastąpi w formie przelewu na rachunek bankowy wskazany w treści faktury.

Dziękujemy za pozytywne rozpatrzenie naszej prośby.

*Podstawa prawna:*

*- z art. 26, ust. 4a Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.2018.160 z późn. zm.).*

Sporządziła: Marzena Królik

Dział Kontraktów, Rozliczeń i Organizacji

**Załącznik nr 1**

……………………………………………..

(pieczątka oferenta)

**FORMULARZ CENOWY**

**Ceny brutto poszczególnych zakresów świadczeń usług stomatologicznych:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres świadczeń** | **Szacunkowa liczba**  **usług stomatologicznych** | **Cena jednostkowa brutto**  **zł/usługa** | **Wartość brutto**  **(w zł)**  **(liczba usług x**  **cena jedn. brutto)** |
| 1. | Badanie stomatologiczne  (przegląd jamy ustnej) | **170** |  |  |
| 2. | Znieczulenie – w razie potrzeby | **250** |  |  |
| 3. | Zdjęcie rentgenowskie wewnątrzustne  - w razie potrzeby | **4** |  |  |
| 4. | Opatrunek leczniczy (para-pasta)  wraz z poradą | **120** |  |  |
| 5. | Wypełnienie amalgamatowe  wraz z poradą | **4** |  |  |
| 6. | Wypełnienie chemoutwardzalne  wraz z poradą | **200** |  |  |
| 7. | Usunięcie zęba 1-korzeniowego  wraz z poradą | **50** |  |  |
| 8. | Usunięcie zęba wielokorzeniowego  wraz z poradą | **160** |  |  |
| 9. | Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej wraz z poradą | **4** |  |  |
| 10. | Leczenie kanałowe wraz z poradą | **20** |  |  |
| 11. | Wykonanie protezy (dół lub góra) wraz z wyciskiem | **6** |  |  |
| **R a z e m:** | | **988** |  |  |

**Załącznik nr 2**

Dane świadczeniodawcy:

Nazwa: …………………………………………....

…………………………………………………….

Adres: …………………………………………….

**OŚWIADCZENIE**

1. Oświadczam, że nie zachodzi wobec mnie przeszkoda z art. 132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy  
   z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz.U.2017.1938 z późn. zm.), uniemożliwiająca zawarcie umowy.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się i nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jego podpisania na warunkach określonych w tym projekcie, w miejscu  
   i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
3. Oświadczam, że posiadam aktualne i opłacone ubezpieczenie w zakresie OC, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i utrzymam je przez okres obowiązywania umowy.

……………………, dnia ……………………. ......................................................................

(pieczątka, podpis)