

Dane rejestrowe Przyjmującego zamówienie:

Pełna nazwa:

Adres:

NIP/REGON:

Adres/ numery do porozumiewania się:

Numer telefonu:

e-mail:

Adresat:**Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny
im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu****FORMULARZ OFERTOWY**

na udzielanie przez Przyjmującego zamówienie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w Centrum Zdrowia Psychicznego z zakresu ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych w Poradni Zdrowia Psychicznego

Deklaruję, wykonanie ww. świadczeń w wysokości:

Pakiet I Poradnia Zdrowia Psychicznego na terenie powiatu lublinieckiego *,

obejmuje współpracę stron w zakresie realizacji umowy zawartej przez Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych w Poradni Zdrowia Psychicznego, w ramach realizacji programu pilotażowego w Centrum Zdrowia Psychicznego - maksymalna miesięczna liczba punktów 9 133

Rodzaj świadczenia	Maksymalna dopuszczalna cena (brutto) w PLN	Oferowana przez Przyjmującego zamówienia cena (brutto) w PLN
Ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne dla dorosłych w Poradni Zdrowia Psychicznego	12,80 PLN / jeden punkt rozliczeniowy	

Pakiet II Poradnia Zdrowia Psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo- Koordynacyjnym na terenie powiatu lublinieckiego *,

obejmuje współpracę stron w zakresie realizacji umowy zawartej przez Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych w Poradni Zdrowia Psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym, w ramach realizacji programu pilotażowego w Centrum Zdrowia Psychicznego - maksymalna miesięczna liczba punktów 9 133.

Rodzaj świadczenia	Maksymalna dopuszczalna cena (brutto) w PLN	Oferowana przez Przyjmującego zamówienia cena (brutto) w PLN
Ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne dla dorosłych w Poradni Zdrowia Psychicznego	12,80 PLN / jeden punkt rozliczeniowy	
Zadania wykonane w ramach PZK	22 122,00 PLN/ ryczałt miesięczny	

Pakiet III Poradnia Zdrowia Psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo- Koordynacyjnym na terenie powiatu myśkowskiego *

obejmuje współpracę stron w zakresie realizacji umowy zawartej przez Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych w Poradni Zdrowia Psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym, w ramach realizacji programu pilotażowego w Centrum Zdrowia Psychicznego - maksymalna miesięczna liczba punktów 12 270.

Rodzaj świadczenia	Maksymalna dopuszczalna cena (brutto) w PLN	Oferowana przez Przyjmującego zamówienia cena (brutto) w PLN
Ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne dla dorosłych w Poradni Zdrowia Psychicznego	12,80 PLN / jeden punkt rozliczeniowy	
Zadania wykonane w ramach PZK	22 122,00 PLN/ ryczałt miesięczny	

Pakiet IV Poradnia Zdrowia Psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo- Koordynacyjnym na terenie powiatu kłobuckiego *

obejmuje współpracę stron w zakresie realizacji umowy zawartej przez Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych w Poradni Zdrowia Psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym, w ramach realizacji programu pilotażowego w Centrum Zdrowia Psychicznego - maksymalna miesięczna liczba punktów 9 133.

Rodzaj świadczenia	Maksymalna dopuszczalna cena (brutto) w PLN	Oferowana przez Przyjmującego zamówienia cena (brutto) w PLN
Ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne dla dorosłych w Poradni Zdrowia Psychicznego	12,80 PLN / jeden punkt rozliczeniowy	
Zadania wykonane w ramach PZK	22 122,00 PLN/ ryczałt miesięczny	

* wskazać wybrany Pakiet

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że:

1. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Przyjmującego zamówienie: *(poniżej wpisać dokładny adres na składaną komórkę organizacyjną):.....*
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
3. Posiadam dokument ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana nie rozwiązał z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania z winy Przyjmującego zamówienie.
5. Oświadczam(y), że wypełniłem(liśmy) obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 i 14 ust. 1-4 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r., str. 1) zwanego dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem(liśmy) w celu ubiegania się o udzielenia zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

(własnoręczny podpis osoby uprawnionej, lub opatrzony podpisem zaufanym, podpisem osobistym lub podpisem kwalifikowalnym)