Załącznik numer 1

**FORMULARZ OFERTY**

**na porady lekarskie (konsultacje) w zakresie psychiatrii:**

**Oferent:** .............................................…………………………………………………………

…………………………………………………………………………….....…………………..

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

*(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)*

**Oferta cenowa:**

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Opolu z siedzibą w Kędzierzynie-Koźlu, ul. M. Reja 2a,47-220 Kędzierzyn-Koźle polegających na:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj porady** | **Liczba porad na 3 lata** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena konsultacji łącznie**  **2x3** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Konsultacja psychiatryczna - kierowca, broń, nauczyciel, badania profilaktyczne, inne) | 310 |  |  |
| Konsultacja psychiatryczna - pracownik ochrony | 25 |  |  |
| **Oferta cenowa razem** |  | | |

1. Oświadczam, że zobowiązuję się do zawarcia umowy i wykonam jej przedmiot z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
2. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu ofertowym obejmuje wszystkie koszty jakie zobowiązany będę ponieść w związku ze zleconym wykonaniem przedmiotu zamówienia (tj. koszty badań, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia).
3. Oświadczam, że:
4. zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia i wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń,
5. otrzymana dokumentacja jest wystarczająca do złożenia oferty;
6. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania.

Kędzierzyn-Koźle dnia: ............................ ……………………………. (*podpis i pieczątka oferenta)*

Załącznik numer 2

**FORMULARZ OFERTY**

**na porady lekarskie (konsultacje) w zakresie neurologii:**

**Oferent:** .............................................…………………………………………………………

…………………………………………………………………………….....…………………..

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

*(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)*

**Oferta cenowa:**

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Opolu z siedzibą w Kędzierzynie-Koźlu, ul. M. Reja 2a,47-220 Kędzierzyn-Koźle polegających na:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj porady** | **Liczba porad/pkt na 3 lata** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena łącznie**  **2x3** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Porada NFZ | 105.000 pkt |  |  |
| Konsultacja neurologiczna do badań profilaktycznych, kierowcy, pacjenta PCHZ | 1200 |  |  |
| Opis badania EEG | 300 |  |  |
| Konsultacja neurologiczna prywatna | 20 |  |  |
| **Oferta cenowa razem** |  | | |

1. Oświadczam, że zobowiązuję się do zawarcia umowy i wykonam jej przedmiot z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
2. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu ofertowym obejmuje wszystkie koszty jakie zobowiązany będę ponieść w związku ze zleconym wykonaniem przedmiotu zamówienia (tj. koszty badań, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia).
3. Oświadczam, że:
4. zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia i wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń;
5. otrzymana dokumentacja jest wystarczająca do złożenia oferty;
6. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania.

Kędzierzyn-Koźle dnia: ............................ ……………………………. (*podpis i pieczątka oferenta)*

Załącznik numer 5

**FORMULARZ OFERTY**

**na porady lekarskie (konsultacje) w zakresie ortopedii:**

**Oferent:** .............................................…………………………………………………………

…………………………………………………………………………….....…………………..

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

*(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)*

**Oferta cenowa:**

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Opolu z siedzibą w Kędzierzynie-Koźlu, ul. M. Reja 2a,47-220 Kędzierzyn-Koźle polegających na:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj konsultacji** | **Liczba konsultacji**  **na 3 lata** | **Cena jednostkowa**  **zł netto** | **Cena łącznie**  **2x3** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Konsultacja pacjenta PCHZ | 70 |  |  |

1. Oświadczam, że zobowiązuję się do zawarcia umowy i wykonam jej przedmiot z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
2. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu ofertowym obejmuje wszystkie koszty jakie zobowiązany będę ponieść w związku ze zleconym wykonaniem przedmiotu zamówienia (tj. koszty badań, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia).
3. Oświadczam, że:
4. zapoznałem/(am) się z treścią ogłoszenia i wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń;
5. otrzymana dokumentacja jest wystarczająca do złożenia oferty;
6. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania.

Kędzierzyn-Koźle dnia: ............................ ……………………………. (*podpis i pieczątka oferenta)*

Załącznik numer 4

**FORMULARZ OFERTY**

**na porady lekarskie (konsultacje) w zakresie chorób zakaźnych:**

**Oferent:** .............................................…………………………………………………………

…………………………………………………………………………….....…………………..

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

*(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)*

**Oferta cenowa:**

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Opolu z siedzibą w Kędzierzynie-Koźlu, ul. M. Reja 2a,47-220 Kędzierzyn-Koźle polegających na:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj konsultacji** | **Liczba konsultacji**  **na 3 lata** | **Cena jednostkowa**  **zł netto** | **Cena łącznie**  **2x3** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Konsultacja pacjenta PCHZ | 30 |  |  |

1. Oświadczam, że zobowiązuję się do zawarcia umowy i wykonam jej przedmiot z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
2. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu ofertowym obejmuje wszystkie koszty jakie zobowiązany będę ponieść w związku ze zleconym wykonaniem przedmiotu zamówienia (tj. koszty badań, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia).
3. Oświadczam, że:
4. zapoznałem/(am) się z treścią ogłoszenia i wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń;
5. otrzymana dokumentacja jest wystarczająca do złożenia oferty;
6. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania.

Kędzierzyn-Koźle dnia: ............................ ……………………………. (*podpis i pieczątka oferenta)*

Załącznik numer 3

**FORMULARZ OFERTY**

**na porady lekarskie (konsultacje) w zakresie gruźlicy i chorób płuc:**

**Oferent:** .............................................…………………………………………………………

…………………………………………………………………………….....…………………..

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

*(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)*

**Oferta cenowa:**

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Opolu z siedzibą w Kędzierzynie-Koźlu, ul. M. Reja 2a,47-220 Kędzierzyn-Koźle polegających na:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj porady** | **Liczba porad/pkt na 3 lata** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena łącznie**  **2x3** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Porada NFZ | 122.124 pkt |  |  |
| Konsultacja pulmonologiczna pacjenta PCHZ | 20 |  |  |
| Konsultacja pulmonologiczna prywatna | 20 |  |  |
| **Oferta cenowa razem** |  | | |

1. Oświadczam, że zobowiązuję się do zawarcia umowy i wykonam jej przedmiot z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
2. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu ofertowym obejmuje wszystkie koszty jakie zobowiązany będę ponieść w związku ze zleconym wykonaniem przedmiotu zamówienia (tj. koszty badań, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia).
3. Oświadczam, że:
4. zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia i wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń;
5. otrzymana dokumentacja jest wystarczająca do złożenia oferty;
6. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania.

Kędzierzyn-Koźle dnia: ............................ ……………………………. (*podpis i pieczątka oferenta)*