



00-301 Warszawa
ul. Nowy Zjazd 1
centrala: (022) 556 93 00
sekretariat: (022) 556 94 00
fax (022) 556 94 03
www.mcs-przychodnia.pl
e-mail: sekretariat@mcs-przychodnia.pl

MCS/ZP/2214-04/2017

WARUNKI KONKURSU OFERT

**W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU ORTODONCJI PRZEZ LEKARZY
DENTYSTÓW, LEKARZY DENTYSTÓW SPECJALISTÓW
W DZIEDZINIE ORTODONCJI W PORADNI ORTODONCJI DLA
PACJENTÓW „MAZOWIECKIEGO CENTRUM STOMATOLOGII”
Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie**

Podstawy prawne:

- 1) *ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,*
- 2) *ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,*
- 3) *Rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 22.12.2011 r.*

1. **Udzielający Zamówienie:**

Mazowieckie Centrum Stomatologii Spółka z o.o. w Warszawie, 00-301 Warszawa, ul. Nowy Zjazd 1, NIP: 5252465327; REGON: 142049482; tel. 22 556 93 00, fax. 22 556 94 03, [www// mcs-przychodnia.pl](http://www/mcs-przychodnia.pl), adres e-mail: sekretariat@mcs-przychodnia.pl

2. **Przedmiot konkursu ofert:**

Część 1 – lekarze dentyści specjaliści w dziedzinie ortodoncji

przedmiotem konkursu jest zawarcie umów na świadczenia w zakresie ortodoncji, wykonywane przez **lekarzy dentystów, specjalistów w dziedzinie ortodoncji, w ramach kontraktu z NFZ** (przez minimum **190 godzin** tygodniowo, przy czym praca każdego z lekarzy nie może być wykonywana w mniejszym wymiarze niż 15 godzin tygodniowo, w tym co najmniej 1 dzień w godzinach popołudniowych) oraz **poza kontraktem z NFZ** w Poradni Ortodoncji Spółki.

Część 2 – trzech lekarzy dentystów bez specjalizacji

przedmiotem konkursu jest zawarcie trzech umów na świadczenia w zakresie ortodoncji, wykonywane przez **lekarzy dentystów bez specjalizacji, poza kontraktem z NFZ** w Poradni Ortodoncji Spółki.

3. O zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych mogą ubiegać się Przyjmujący Zamówienie, którzy spełniają następujące warunki:
 - 1) są uprawnieni do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi;
 - 2) posiadają uprawnienia niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych;
 - 3) spełniają i przyjmują kryteria określone w niniejszych Warunkach konkursu ofert oraz we wzorze umowy;
 - 4) posiadają umowę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej zgodnie *Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 22.12.2011 r.*;
 - 5) posiadają aktualne, właściwe terytorialnie prawo wykonywania zawodu lekarza;
 - 6) prowadzą działalność gospodarczą.
 - 7) posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie ortodoncji – **dotyczy oferentów składających ofertę na część 1.**
4. Przyjmujący Zamówienie może złożyć ofertę tylko na jedną część określoną w WKO, złożenie dwóch ofert spowoduje ich odrzucenie.
5. Zakres świadczeń zdrowotnych ww. lekarzy:

Część 1: leczenie ortodontyczne – szacunkowa ilość pacjentów w ramach kontraktu Udzielającego zamówienie z NFZ: około 100 osób miesięcznie oraz poza kontraktem z NFZ ok. 85 osób miesięcznie.

Część 2: leczenie ortodontyczne – szacunkowa ilość pacjentów poza kontraktem z NFZ ok. 70 osób miesięcznie.
6. Czas obowiązywania umowy: **02.01.2018 r. – 31.12.2020 r.**
7. Rozpoczęcie świadczeń: **02.01.2018 r**

8. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Kierownik Udzielający zamówienia powołał Komisję konkursową.
9. Komisja konkursowa odrzuci oferty w przypadkach określonych w przepisie art. 149 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.*
10. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszonym ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.
11. Kierownik Udzielającego Zamówienia unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne na podstawie art. 150 ust. 1 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.*
12. Przyjmującym Zamówienie, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia zasad postępowania w sprawie zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne, przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych w art. 153 i 154 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.*
13. Kryteria oceny ofert – Komisja konkursowa dokona wyboru **najkorzystniejszej oferty** biorąc pod uwagę następujące kryteria:

Część 1 - lekarz dentysta specjalista w dziedzinie ortodoncji:

- 1) spełnianie warunków określonych w pkt. 3 Warunków konkursu ofert,

W ramach kontraktu z NFZ

- 2) najkorzystniejsza (najniższa) stawka procentowa dla udzielanych świadczeń zdrowotnych w cenie jednostkowej za pkt w PLN za świadczenia udzielane w ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ (bez udziału kosztów Udzielającego Zamówienia) w sposób obiektywny zgodnie ze wzorem, max 20 pkt:

$$W1 = \frac{20 \text{ pkt} \times \text{najniższa wartość procentu wśród złożonych ofert}}{\text{wartość procentu danego oferenta}}$$

proponowany udział procentowy **nie może być wyższy niż 33,30 %**

- 3) najkorzystniejsza (najniższa) stawka procentowa dla udzielanych świadczeń zdrowotnych w cenie jednostkowej za pkt (pomniejszona o koszty Udzielającego zamówienia) w PLN za świadczenia udzielane w ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ w sposób obiektywny zgodnie ze wzorem, max 20 pkt:

$$W2 = \frac{20 \text{ pkt} \times \text{najniższa wartość procentu wśród złożonych ofert}}{\text{wartość procentu danego oferenta}}$$

proponowany udział procentowy **nie może być wyższy niż 45,00 %**

- 4) doświadczenie w zakresie wykonywania lekarskich świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie ortodoncji (D) maks. 20 pkt :
 - do 5 lat – 5 pkt
 - powyżej 5 lat do 10 lat – 10 pkt
 - powyżej 10 lat – 20 pkt

Poza kontraktem z NFZ

- 5) najkorzystniejsza (najniższa) stawka procentowa dla udzielanych świadczeń zdrowotnych za wykonane świadczenia komercyjne finansowane przez Udzielającego Zamówienia naliczana od kwot zawartych w aktualnym cenniku Udzielającego Zamówienia (bez udziału kosztów Udzielającego Zamówienia) w sposób obiektywny zgodnie ze wzorem, max 20 pkt:

$$W3 = \frac{20 \text{ pkt} \times \text{najniższa wartość procentu wśród złożonych ofert}}{\text{wartość procentu danego oferenta}}$$

proponowany udział procentowy **nie może być wyższy niż 50,00 %**

- 6) najkorzystniejsza (najniższa) stawka procentowa dla udzielanych świadczeń zdrowotnych za wykonane świadczenia komercyjne finansowane przez Udzielającego Zamówienia naliczana od kwot zawartych w aktualnym cenniku Udzielającego Zamówienia pomniejszona o koszty Udzielającego zamówienia w sposób obiektywny zgodnie ze wzorem, max 20 pkt:

$$W4 = \frac{20 \text{ pkt} \times \text{najniższa wartość procentu wśród złożonych ofert}}{\text{wartość procentu danego oferenta}}$$

proponowany udział procentowy **nie może być wyższy niż 60,00 %**

Sposób obliczania punktów:

$$W_o = W1 + W2 + D + W3 + W4$$

Oferta może uzyskać maksymalnie 100%

W_o wartość całej oferty

W₁ – wartość oferty w ramach NFZ bez udziału kosztów Udzielającego zamówienia

W₂ – wartość oferty w ramach NFZ pomniejszona o koszty Udzielającego zamówienia

W₃ – wartość oferty poza kontraktem, bez udziału kosztów Udzielającego zamówienia

W₄ – wartość oferty poza kontraktem pomniejszona o koszty Udzielającego zamówienia

D – doświadczenie w zakresie wykonywania lekarskich świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie ortodoncji

Sposób obliczania wynagrodzenia za wykonane świadczenia zdrowotne.

dla świadczeń zdrowotnych bez udziału kosztów Udzielającego Zamówienia wg. wzoru

$$C \times n\% = Wś$$

C – cena procedury w ramach kontraktu z NFZ/z cennika

n% - stawka procentowa wynikająca z umowy

Wś – wycena świadczenia

dla świadczeń zdrowotnych z udziałem kosztów Udzielającego Zamówienia wg. wzoru

$$(C - Kz) \times n\% = Wś$$

C – cena procedury w ramach kontraktu z NFZ/z cennika

Kz – koszt Udzielającego Zamówienia

n% - stawka procentowa wynikająca z umowy

Wś – wycena świadczenia

Część 2 – lekarz dentysta bez specjalizacji:

- 1) spełnianie warunków określonych w pkt. 3 „Warunków Konkursu Ofert”,

Dla stomatologów bez specjalizacji tylko na wykonywanie świadczeń komercyjnych

- 2) najkorzystniejsza (najniższa) stawka procentowa dla udzielanych świadczeń zdrowotnych za wykonane świadczenia komercyjne finansowane przez Udzielającego Zamówienia naliczana od kwot zawartych w aktualnym cenniku Udzielającego Zamówienia (bez udziału kosztów Udzielającego Zamówienia) w sposób obiektywny zgodnie ze wzorem, max 40 pkt:

$$W1 = 40 \text{ pkt.} \times \text{najniższa wartość procentu wśród złożonych ofert}$$

wartość procentu danego oferenta

proponowany udział procentowy nie może być wyższy niż **40,00 %**

- 3) najkorzystniejsza (najniższa) stawka procentowa dla udzielanych świadczeń zdrowotnych za wykonane świadczenia komercyjne finansowane przez Udzielającego Zamówienia naliczana od kwot zawartych w aktualnym cenniku Udzielającego Zamówienia (pomniejszona o koszty Udzielającego zamówienia) w sposób obiektywny zgodnie ze wzorem, max 40 pkt:

$$W2 = 40 \text{ pkt.} \times \text{najniższa wartość procentu wśród złożonych ofert}$$

wartość procentu danego oferenta

proponowany udział procentowy nie może być wyższy niż **47,00 %**

- 4) doświadczenie w zakresie wykonywania lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie ortodoncji (D) maks. 20 pkt:

do 5 lat – 5 pkt

powyżej 5 lat do 10 lat – 10 pkt

powyżej 10 lat – 20 pkt

Sposób obliczania punktów:

$$W_o = W1 + W2 + D$$

Oferta może uzyskać maksymalnie 100%

W_o wartość całej oferty

W₁ – wartość oferty w ramach NFZ bez udziału kosztów Udzielającego zamówienia

W₂ – wartość oferty w ramach NFZ pomniejszona o koszty Udzielającego zamówienia

D – doświadczenie w zakresie wykonywania lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie ortodoncji

Sposób obliczania wynagrodzenia za wykonane świadczenia zdrowotne.

dla świadczeń zdrowotnych bez udziału kosztów Udzielającego Zamówienia wg. wzoru

$$C \times n\% = W\acute{s}$$

C – cena procedury wg cennika
n% - stawka procentowa wynikająca z umowy
Wś – wycena świadczenia

dla świadczeń zdrowotnych z udziałem kosztów Udzielającego Zamówienia wg. wzoru

$$(C - Kz) \times n\% = W\acute{s}$$

C – cena procedury wg cennika
Kz – koszt Udzielającego Zamówienia
n% - stawka procentowa wynikająca z umowy
Wś – wycena świadczenia

Konkurs ofert wygrywa najkorzystniejsza oferta tj. oferta z największą liczbą punktów. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo do dodatkowych negocjacji po otwarciu ofert.

14. W toku postępowania, do czasu zakończenia postępowania, Przyjmujący Zamówienie może złożyć do Komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
15. Oferty zostaną rozpatrzone w terminie 7 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
16. Udzielający Zamówienia rozstrzygnięcie konkursu ofert ogłosi niezwłocznie na swojej stronie internetowej oraz na tablicy ogłoszeń, a także przekaże w formie określonej w pkt 22 Warunków Konkursu Ofert wszystkim uczestnikom konkursu ofert.
17. Udzielający Zamówienia zawrze umowę z Przyjmującym Zamówienie, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą – w terminie 7 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.
18. Do umów na świadczenia zdrowotne stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej.
19. Składanie ofert:
 - 1) każdy Przyjmujący Zamówienie składa tylko jedną ofertę,
 - 2) ofertę należy złożyć w formie pisemnej w zamkniętej kopercie pod rygorem nieważności.

Kopertę należy zaadresować wg wzoru:

**„Konkurs ofert w sprawie umowy na świadczenia zdrowotne przez
lekarza dentystę w zakresie ortodontcji
w Poradni Ortodontcji Nr ref. KO/04/17”
Mazowieckie Centrum Stomatologii Sp. z o.o.
ul. Nowy Zjazd 1
00 – 301 Warszawa**

NIE OTWIERAĆ PRZED DNIEM 14.12.2017 r. GODZ: 13:00

20. Miejsce i termin składania ofert:

Ofertę należy złożyć w Sekretariacie pokój 321 Mazowieckiego Centrum Stomatologii Sp. z o.o. w Warszawie **do dnia 14.12.2017 r. do godz. 09:30.**

Otwarcie ofert nastąpi **w dniu 14.12.2017 r. o godz. 10:00** w siedzibie Udzielającego Zamówienia w sali Wykładowej III piętro p. 326.

Okres związania ofertą wynosi 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

21. Ofertę należy złożyć na formularzu ofertowym wg załączonego wzoru – Formularz oferty (załączniki nr 1.1 lub 1.2), oraz pozostałymi dokumentami wymienionymi w pkt 22. Oferta winna być napisana w języku polskim w sposób czytelny, maszynowo lub komputerowo za pomocą edytora tekstu bądź inną trwałą techniką, wszystkie strony oferty muszą być podpisane przez osobę uprawnioną do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie.
22. **Oferta musi zawierać:**
- 1) Formularz oferty (załącznik nr 1.1 lub 1.2);
 - 2) Kopia prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty;
 - 3) Kopia dyplomu ukończenia studiów o kierunku lekarskim;
 - 4) Aktualny odpis z właściwego rejestru albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
 - 5) Kopia decyzji o nadaniu NIP;
 - 6) Kopia zaświadczenia o nadaniu numeru REGON;
 - 7) Kopia polisy lub pisemne zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów – stosownie do przepisów – (kopia polisy załącznik nr 1 do umowy).
 - 8) Kopia dyplomu o uzyskaniu tytułu specjalisty w dziedzinie ortodoncji – dotyczy Części 1.

Dokumenty, o których mowa w pkt 2-8 można złożyć w formie kopii poświadczonych „za zgodność z oryginałem” przez Przyjmującego Zamówienie lub osobę uprawnioną do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie.

Wszystkie dokumenty tworzące ofertę muszą być podpisane przez osobę uprawnioną do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie.

23. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Udzielający Zamówienia i Przyjmujący Zamówienie przekazywać będą w formie pisemnej, faksem lub pocztą elektroniczną.
24. Informacji o przedmiocie konkursu ofert udzielają: w godz. 8:00-16:00 w kwestiach merytorycznych Dyrektor ds. Medycznych tel. 22 55 69 400 w kwestiach formalnych Zespół Zamówień Publicznych fax. 22 556 94 31, tel. 22 556 94 30 zamowienia@mcs-przychodnia.pl
25. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Konkursu Ofert mają zastosowanie przepisy:
- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
 - 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych,
 - 3) Kodeksu cywilnego.
26. Warunki Konkursu Ofert zawierają następujące załączniki:
- 1) Formularze oferty - **załącznik nr 1.1 , 1.2**
 - 2) Wykaz procedur komercyjnych – **załącznik nr 2**
 - 3) Projekty umów - **załączniki nr 3.1 i 3.2**

.....
(nazwa Przyjmującego Zamówienie)

FORMULARZ OFERTY

OFERTA

CZĘŚĆ 1

(dla lekarza specjalisty)

Ja ,

Imię i nazwisko osoby Przyjmującej Zamówienie

działając w imieniu i na rzecz Przyjmującego Zamówienie:

Nazwa Przyjmującego Zamówienie	
Adres	
NIP	
REGON	
Nr telefonu	
Nr fax	
e-mail	

Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert na świadczenia zdrowotne **w dziedzinie ortodontji przez lekarzy dentystów specjalistów w dziedzinie ortodontji** na rzecz „Mazowieckiego Centrum Stomatologii” Sp. z o. w Warszawie, składam ofertę i:

1. Zobowiązuję się do realizacji świadczeń zdrowotnych **w dziedzinie ortodontji – lekarza stomatologa specjalisty w dziedzinie ortodontji** zgodnie z warunkami konkursu ofert.
2. Zobowiązuję się do **świadczenia leczenia stomatologicznego w minimum 15 godzin w tygodniu, w tym co najmniej jeden dzień w godzinach popołudniowych** (do godziny 18:00).
3. Wartość oferty (odpowiednio dla wybranego rodzaju świadczeń) określam na:
 - 1).....% ceny jednostkowej za punkt rozliczeniowy za świadczenia zrealizowane w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia – według normy ustalonej przez Dyrektora ds. Medycznych Udzielającego zamówienia; (**wartość nie może być wyższa niż 33,30%**)

- 2).....% ceny jednostkowej za punkt rozliczeniowy **pomniejszonej o koszty Udzielającego Zamówienie** za świadczenia zrealizowane w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia – według normy ustalonej przez Dyrektora ds. Medycznych Udzielającego zamówienia (**wartość nie może być wyższa niż 45,00%**)
- 3)% od ceny zrealizowanego świadczenia zgodnie z aktualnym cennikiem Udzielającego Zamówienia za świadczenia nie refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia – według normy ustalonej przez Dyrektora ds. Medycznych Udzielającego zamówienia; (**wartość nie może być wyższa niż 50,00%**)
- 4)% od ceny zrealizowanego świadczenia zgodnie z aktualnym cennikiem Udzielającego Zamówienia **pomniejszonej o koszty Udzielającego Zamówienie** za świadczenia nie refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia – według normy ustalonej przez Dyrektora ds. Medycznych Udzielającego zamówienia; (**wartość nie może być wyższa niż 60,00%**)

5) doświadczenie w zakresie wykonywania lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie ortodoncji:

do 5 lat – (5 pkt) **TAK / NIE**

powyżej 5 lat do 10 lat – (10 pkt) **TAK / NIE**

powyżej 10 lat – (20 pkt) **TAK / NIE**

Należy wybrać jeden z powyższych przedziałów.

3. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu, projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam niezbędne informacje do przygotowania oferty.
4. Jestem uprawniony/-na do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi.
5. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania świadczeń zdrowotnych oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do ich wykonywania.
6. Oświadczam, że złożona oferta odpowiada warunkom konkursu i jest ważna przez okres związania ofertą wynoszący **30 dni** od daty upływu terminu składania ofert.
7. Oświadczam, że oferowane świadczenia zdrowotne będą wykonywane rzetelnie, celowo, na poziomie zgodnym z obowiązującymi standardami zgodnie z wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia i zachowaniem obowiązujących przepisów prawnych medycznych, sanitarnych, epidemiologicznych, BHP itp.
8. Wyrażam zgodę na podpisanie umowy na okres od **02.01.2018 r. do 31.12.2020 r.**
9. Zobowiązuję się do zawarcia pisemnej umowy w terminie **do 31.12.2017 r.**

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

8.

Data

.....
/Podpis i pieczęć osoby Przyjmującego Zamówienie/

.....
(nazwa Przyjmującego Zamówienie)

FORMULARZ OFERTY

OFERTA

CZĘŚĆ 2

(dla lekarza bez specjalizacji)

Ja (my),

Imiona i nazwiska osób reprezentujących Przyjmującego Zamówienie

działając w imieniu i na rzecz Przyjmującego Zamówienie:

Nazwa Przyjmującego Zamówienie	
Adres	
NIP	
REGON	
Nr telefonu	
Nr fax	
e-mail	

Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert na świadczenia zdrowotne przez **lekarza dentystów w Poradni Ortodontcji** na rzecz Mazowieckiego Centrum Stomatologii Sp. z o.o. w Warszawie, składam ofertę i:

1. Zobowiązuję się do realizacji świadczeń zdrowotnych **w zakresie ortodontcji – lekarza dentystę w Poradni Ortodontcji** zgodnie z warunkami konkursu ofert.
2. Wartość oferty (odpowiednio dla wybranego rodzaju świadczeń) określam na:
 - 1)% od ceny zrealizowanego świadczenia zgodnie z aktualnym cennikiem Udzielającego Zamówienia za świadczenia nie refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia – według normy ustalonej przez Dyrektora ds. Medycznych Udzielającego zamówienia; (**wartość nie może być wyższa niż 40,00%**)
 - 2)% od ceny zrealizowanego świadczenia zgodnie z aktualnym cennikiem Udzielającego Zamówienia **poniższej o koszty Udzielającego Zamówienia** za świadczenia nie

refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia – według normy ustalonej przez Dyrektora ds. Medycznych Udzielającego zamówienia; (**wartość nie może być wyższa niż 47,00%**)

- 3) doświadczenie w zakresie wykonywania lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie ortodoncji:
- do 5 lat – (5 pkt) **TAK / NIE**
 - powyżej 5 lat do 10 lat – (10 pkt) **TAK / NIE**
 - powyżej 10 lat – (20 pkt) **TAK / NIE**

Należy wybrać jeden z powyższych przedziałów.

3. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu, projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam niezbędne informacje do przygotowania oferty.
4. Jestem uprawniony/-na do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi.
5. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania świadczeń zdrowotnych oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do ich wykonywania.
6. Oświadczam, że złożona oferta odpowiada warunkom konkursu i jest ważna przez okres związania ofertą wynoszący **30 dni** od daty upływu terminu składania ofert.
7. Oświadczam, że oferowane świadczenia zdrowotne będą wykonywane rzetelnie, celowo, na poziomie zgodnym z obowiązującymi standardami i zachowaniem obowiązujących przepisów prawnych medycznych, sanitarnych, epidemiologicznych, BHP itp.
8. Wyrażam zgodę na podpisanie umowy na okres od **02.01.2018 r. do 31.12.2020 r.**
9. Zobowiązuję się do zawarcia pisemnej umowy w terminie **do 31.12.2017 r.**

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

Data

.....
/Podpis i pieczęć Przyjmującego Zamówienie/