Załącznik nr 1 do Ogłoszenia

**FORMULARZ OFERTY**

1. Wykonawca podaje cenę z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku (groszy).

2. W tabeli dla dodatkowych warunków:

1) w polu „Akceptacja warunku TAK / NIE” należy wpisać odpowiednio TAK lub NIE odpowiednio do decyzji w sprawie wprowadzenia do umowy danego warunku,

2) w polu „Liczba punktów za zaakceptowane warunki” w przypadku:

a) akceptacji należy wpisać należną za przedmiotowy warunek liczbę punktów,

b) braku akceptacji należy wpisać „0”.

**Nazwa Wykonawcy:** …………………………………………………………………………...................................

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

NIP: ………………………………………….. REGON: …………………………………….

Adres Wykonawcy (kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu):

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

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

Osoba do kontaktu..............................................................................

Mail …………………………………………..

nr tel. ............................................

Oferujemy wykonaniezamówienia zgodnie z poniższym:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nazwa Pakietu** | **Szacowana**  **liczba pakietów** | **Wysokość miesięcznej opłaty netto**  (zł) | **Stawka i kwota podatku VAT**  (zł) | **Wysokość miesięcznej opłaty brutto**  (zł) | **Czas trwania umowy**  (w miesiącach) | **Łączna cena**  **netto**  (zł)  (kol. 3x4x7) | **Łączna kwota podatku VAT**  (zł) | **Łączna cena brutto**  (zł)  (kol.  3x6x7) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| 1 | Pakiet pracowniczy | 100 | ………..  zł | ……..  %  …....  zł | …….  zł | 24 | ……….  zł | ……….  zł | ………..  zł |
| 2 | Pakiet partnerski | 20 | ………..  zł | ……..  %  …....  zł | …….  zł | 24 | ……….  zł | ……….  zł | ………..  zł |
| 3 | Pakiet rodzinny | 20 | ………..  zł | ……..  %  …....  zł | …….  zł | 24 | ……….  zł | ………..  zł | ………..  zł |
| 4 | Pakiet 67+ | 1 | ………..  zł | ……..  %  …....  zł | …….  zł | 48 | ……….  zł | ………..  zł | ………..  zł |
| 5 | Pakiet Dziecko 26+ | 1 | ………..  zł | ……..  %  …....  zł | …….  zł | 48 | ……….  zł | ………..  zł | ………..  zł |
| **RAZEM:** | | | | | | | **……..**  **zł** | **……..**  **zł** | **………..**  **zł** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **DODATKOWE WARUNKI PODLEGAJĄCE OCENIE** | **Liczba punktów** | **Akceptacja warunku**  **TAK / NIE** | **Liczba punktów za zaakceptowane warunki** |
| 1 | Zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych | **20** |  |  |
| 2 | Skrócenie terminu dostępności do 24 godzin do lekarzy podstawowej opieki medycznej – internista, lekarz rodzinny, pediatra. | **7** |  |  |
| 3 | Skrócenie terminu dostępności do 5 dni do lekarzy specjalistów – dermatolog, chirurg ogólny, ginekolog, neurolog, okulista, ortopeda. | **5** |  |  |
| 4 | Zapewnienie szczepień przeciwko odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych i mózgu. | **5** |  |  |
| 6 | Zapewnienie kontaktu telefonicznego z pielęgniarkami, ratownikami medycznymi 7 dni w tygodniu przez 24 godziny na dobę w zakresie niemniejszym niż jak poniżej:  przyjmowanie wezwań na wizyty domowe, a w nagłych przypadkach umawianie na badania i konsultacje, koordynacja hospitalizacji. | **3** |  |  |
| **Łączna liczba punktów za zaakceptowane warunki:**  **(suma od 1 do 6)** | | | |  |

Załącznikami oferty są następujące dokumenty:

…………………………………………………..

…………………………………………………..

…………………………………………………..

…………………………………………………..

…