**Załącznik nr 1 - Formularz ofertowo - cenowy**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Oferenta | \*)………………………………………………………………….…… |
| Adres Oferenta | \*)………………….…..……………………………………………… |
| Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub innego odpowiedniego rejestru lub ewidencji | \*)……………………… |
| Liczba i kwalifikacje osób świadczących usługi medyczne  | \*)……………………… |
| Zapewnienie do świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców co najmniej jednego środka transportu (samochód osobowy) a w razie potrzeb większej ilości | TAK |

*\*Wypełnić lub przedłożyć w załącznikach*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryterium** | **Znaczenie procentowe kryterium [R]** | **Maksymalna ilość punktów jakie może otrzymać oferta za dane kryterium** | **Cena/Procent****Potwierdzenie spełnienia wymagań****WYPEŁNIĆ!** |
| 1 | Wynagrodzenie (w zł) za realizację przez Przyjmującego Zamówienie z tytułu wykonywania umowy stanowiącej procent z maksymalnego zobowiązania Oddziału NFZ wobec Udzielającego Zamówienia  | R=75 % | 75 | …………..….. zł.(miesięczne)tj. ……….%……………………..zł.(miesięczne wynagrodzenie x 12 miesięcy) |
| 2. | Posiadanie certyﬁkatów jakości: W zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej **ISO 9001, 27001, 18001** | R=15% | 15 (po 5 pkt za posiadanie 1 certyfikatu) | ISO 9001 – TAK/NIEISO 27001 – TAK/NIEISO 18001 – TAK/NIE**(zakreślić TAK lub NIE)\*** |
| 3. | Doświadczenia w realizacji świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej za okres 12 miesięcy na kwotę minimum 0,5 mln*Zgodnie z oświadczeniem Wykonawcy w pkt. 4 Załącznika nr 2 – Oświadczenie Wykonawcy)* | R=10% | 10  | TAK/NIE**(zakreślić TAK lub NIE)\*** |

\**W przypadku spełnienia wymogów określonych w formularzu w pkt 2 i 3, do niniejszej oferty dołączam dokumenty potwierdzające powyższe.*

……………., dnia …………………………….. ………………………………………
*Miejscowość, podpis osoby uprawnionej*