Załącznik do ogłoszenia Wójta Gminy Tomaszów Mazowiecki z dnia 4 marca 2021 r. z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju protetyka stomatologiczna dla mieszkańców Gminy Tomaszów Mazowiecki

**(Formularz oferty)**

Tomaszów Mazowiecki, ………………………………

**Gmina Tomaszów Mazowiecki**

**Ul. Prezydenta Ignacego Mościckiego 4**

**97-200 Tomaszów Mazowiecki**

**OFERTA**

**na realizację zadań z zakresu opieki zdrowotnej, w rodzaju protetyka stomatologiczna
dla mieszkańców Gminy Tomaszów Mazowiecki**

Nazwa i adres oferenta:

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

NIP …………………………………………………

 REGON …………………………….……………...

Tel/faks /email .……………………………………..…………………………………………...

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami zawartymi w ogłoszeniu o otwartym konkursie ofert na realizację zadań z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju protetyka stomatologiczna dla mieszkańców Gminy Tomaszów Mazowiecki zgodnie z poniższymi warunkami:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nazwa produktu rozliczeniowego | Wymagania sprzętowe i lokalowe |  |
| pkt | Waga punktowa produktu rozliczeniowego | Czy oferent będzie realizował |
| 1 pkt | 2Zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w szczęce.Świadczenie obejmuje zaopatrzenie za pomocą protezy akrylowej osiadającej całkowitejw szczęce łącznie z pobraniem wycisku czynnościowego na łyżce protetycznej + badanie lekarskie stomatologiczne z kwalifikacją do zaopatrzenia szczęki protezą akrylową osiadającą. | Wydzielone pomieszczenie na gabinet lekarski stomatologiczny wyposażony w unit stomatologiczny, autoklaw, aparat rtg do zdjęć wewnątrz ustnych + lekarz stomatolog współpracujący z technikiem protetykiem | 528 | TAK/NIE |
| 1 pkt | Zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w żuchwie.Świadczenie obejmuje zaopatrzenie za pomocą protezy akrylowej całkowitej osiadającej w żuchwie łącznie z pobraniem wycisku czynnościowego na łyżce protetycznej + badanie lekarskie stomatologiczne z kwalifikacją do zaopatrzenia żuchwy protezą akrylową osiadającą. | Wydzielone pomieszczenie na gabinet lekarski stomatologiczny wyposażony w unit stomatologiczny ,autoklaw, aparat rtg do zdjęć wewnątrz ustnych + Lekarz stomatolog współpracujący z technikiem protetykiem  | 528 | TAK/NIE |
| 1 pkt | Uzupełnienie braków zębowych za pomocą protezy częściowej włącznie z prostymi doginanymi klamrami w zakresie brakujących zębów.Świadczenie obejmuje uzupełnienie za pomocą ruchomej protezy akrylowej osiadającej częściowej z zastosowaniem elementów doginanych utrzymujących lubpodpierających w liczbie według wskazań indywidualnych Świadczenie dotyczy 1 łuku zębowego + badanie lekarskie stomatologiczne z kwalifikacją do zaopatrzenia szczęki protezą akrylową osiadającą | Wydzielone pomieszczenie na gabinet lekarski stomatologiczny wyposażony w unit stomatologiczny ,autoklaw, aparat rtg do zdjęć wewnątrz ustnych + Lekarz stomatolog współpracujący z technikiem protetykiem | 470 | TAK/NIE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **oferowana cena za punkt rozliczeniowy** | …………. zł |
|  | kompleksowość | Max 30 punktów |
|  | cena | Max 10 punktów |

**Miejsce realizacji usługi:**

Nazwa: ……………………………………………………..……………………………….….

Adres: ……………………………………………………………..………………...………… .

**OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczamy, że :
2. zapoznaliśmy się z warunkami podanymi przez Zamawiającego w ogłoszeniu o otwartym konkursie ofert i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń,
3. oświadczamy, iż posiadamy sprzęt i aparaturę medyczną konieczną do realizacji świadczeń o których mowa w ofercie.
4. oświadczamy, iż spełniamy wszystkie warunki udziału w postępowaniu, w szczególności posiadamy zasoby kadrowe, sprzętowe i lokalowe umożliwiające realizację zadań o których mowa w ofercie.
5. W przypadku udzielenia nam zamówienia zobowiązujemy się do zawarcia umowy na zasadach określonych w niniejszym postępowaniu, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
6. Do oferty dołączono :
7. ………………………………………………...…………………………………… ,
8. ………………………………………………...…………………………………… ,

Adres, na który Zamawiający powinien przesłać ewentualną korespondencję:

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

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

Osoba wyznaczona do kontaktów z Zamawiającym:

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

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

Numer telefonu: 0 (\*\*)……………………………………………………..……………………

Numer faksu na który będzie wysyłana korespondencja: 0 (\*\*) ……………………………….

Adres e-mail: ……………………………………………………………………………………

…………….……..……………. ………………………………………..

/ Miejscowość, rok, m-c, dzień/ /Podpis osoby/ób uprawnionych do składania

 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy