

Załączniki do ogłoszenia Wójta Gminy Tomaszów Mazowiecki  
z dnia 13 września 2018r. 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/e-mail.....

Oferujemy wykonanie przedmiotów 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	Liczba punktów
<b>Protetyka stomatologiczna</b>					
1 pkt	2 Zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w szczęce. Świadczenie obejmuje zaopatrzenie za pomocą protezy akrylowej osiadającej całkowitej w 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.	Wydzielone pomieszczenie na gabinet lekarski stomatologiczny wyposażony w unit stomatologiczny ,autoklaw, aparat rtg do	470	TAK/NIE	

	<p>Świadczenie obejmuje uzupełnienie za pomocą ruchomej protezy akrylowej osiadającej częściowej z zastosowaniem elementów doginanych utrzymujących lub podpierających w liczbie według wskazań indywidualnych</p> <p>Świadczenie dotyczy 1 łuku zębowego + badanie lekarskie stomatologiczne z kwalifikacją do zaopatrzenia szczęki protezą akrylową osiadającą</p>	<p>zdjęć wewnątrz ustnych + Lekarz stomatolog współpracujący z technikiem protetykiem</p>				
					<p>Oferowana cena za punkt rozliczeniowy</p>	
					<p>Kompleksowość</p>	<p>Max 30 punktów</p>
					<p>Cena</p>	<p>Max 10 punktów</p>
					<p>Dostępność</p>	<p>Max 10 punktów</p>

**Miejsce realizacji usługi:**

Nazwa: .....

Adres: .....

WOJTGMINY  
Franciszek Szmiągiel

## OŚWIADCZENIA

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

Adres, na który Zamawiający powinien przesłać ewentualną korespondencję:

.....  
.....

Osoba wyznaczona do kontaktów z Zamawiającym:

.....  
.....

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

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

Adres e-mail: .....

.....

/Miejscowość, rok, m-c, dzień/

.....

/Podpis osoby/ób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy/