

FORMULARZ OFERTOWY

I. IDENTYFIKACJA OFERENTA:

Dane oferenta	
Nazwa	
Adres (+ ew. do korespondencji)	
Telefon	
E-mail	
NIP	
REGON	
imiona rodziców- dotyczy osób udzielających świadczeń zdrowotnych osobiście	
PWZ	
Nazwa banku Nr konta bankowego	
Podany rachunek jest wpisany na tzw. „Białej Liście”	☐ wskazany rachunek figuruje na „Białej liście” ☐ wskazany rachunek <u>nie</u> figuruje na „Białej liście” – świadczenia zwolnione z VAT

II. PRZEDMIOT OFERTY:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w poniższych zakresach:

- 1. Grupa I** Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie podstawowej ordynacji Szpitala w następujących komórkach organizacyjnych Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie:

Pakiet 1 Oddział Chorób Wewnętrznych, Poradnia Chorób Wewnętrznych,

Pakiet 2 Oddział Ginekologiczno-Położniczy z Sala porodową, Poradnia Ginekologiczno-Położnicza i Ginekologii Onkologicznej.

- 2. Grupa II** Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów lekarskich w następujących komórkach organizacyjnych Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie:

Pakiet 1 Oddział Chorób Wewnętrznych,

Pakiet 2 Oddział Ginekologiczno-Położniczy z Sala porodową.

Pakiet 3 Oddział Chirurgii Dzieci - podmiot medyczny

Pakiet 4 Szpitalny Oddział Ratunkowy - lekarz libero

Pakiet 5 Szpitalny Oddział Ratunkowy - lekarz libero - podmiot leczniczy

Pakiet 6 Szpitalny Oddział Ratunkowy

Pakiet 7 Szpitalny Oddział Ratunkowy – podmiot leczniczy

Pakiet 8 Pracownia Endoskopowa

- 3. Grupa III** Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji kardiologicznych dzieci do 18 roku życia z badaniem echokardiograficznym w Oddziale Chorób Infekcyjnych i Pediatrii oraz Oddziale Pediatrycznym Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie.
- 4. Grupa IV** Udzielanie świadczeń w zakresie neurochirurgicznych świadczeń lekarskich w Oddziale Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie. Do udziału w postępowaniu dopuszcza się również oferentów działających w ramach podmiotu leczniczego (podwykonawstwo).

III. PROPOZYCJE FINANSOWE OFERENTA:

Poniżej w tabeli należy wpisać proponowaną stawkę brutto w polskich złotych.

Za realizację poniższych świadczeń zdrowotnych oczekuję należności wynagrodzenia w wysokości :

Grupa I

Lp.	Nazwa Oddziału	Wymiar godzinowy oferty	Proponowana miesięczna stawka brutto(w zł.)
1	Oddział Chorób Wewnętrznych		
2	Oddział Ginekologiczno-Położniczy z Salą porodową, Poradnia Ginekologiczno-Położnicza i Ginekologii Onkologicznej	 deklarowana liczba godzin dyżurów	

Grupa II

Lp.	Nazwa Oddziału	Proponowana cena jednostkowa brutto(w zł.) za 1 godzinę
1	Oddział Chorób Wewnętrznych	
2	Oddział Ginekologiczno-Położniczy z Salą Porodową	 dyżur pod telefonem
3	Oddział Chirurgii Dzieci	 dyżur pod telefonem

4	Szpitalny Oddział Ratunkowy - lekarz libero	dyżur dzień powszedni dyżur sob. niedz. i święta
5	Szpitalny Oddział Ratunkowy	1-2 dyżury w miesiącu 3-4 dyżurów w miesiącu (w tym 1 nocny) powyżej 5 dyżurów w miesiącu (w tym 2 nocne)
6	Pracownia Endoskopowa	dyżur pod telefonem świadczenie usług w ramach przyjazdu na wezwanie

Grupa III

Lp.	Rodzaj konsultacji	Proponowana cena jednostkowa brutto(w zł)
1	Konsultacje kardiologiczne dzieci do 18 roku życia z badaniem echokardiograficznym w Oddziale Chorób Infekcyjnych i Pediatrii oraz Oddziale Pediatrycznym	1 konsultacja

Grupa IV

Lp.	Rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych	Proponowana cena jednostkowa brutto(w zł)
1	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgicznych świadczeń lekarskich w Oddziale Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej	nazwa procedury (wg grupy JPG) zabieg rozliczony w grupie H51 zabieg rozliczony w grupie H52 zabieg rozliczony w grupie H53 zabieg rozliczony w grupie A22

IV. CZAS TRWANIA UMOWY:

Grupa I Pakiet 1, Grupa II Pakiet 1

od 01 kwietnia 2024 do 31 grudnia 2025 r

Grupa I Pakiet 2, Grupa II Pakiet 2, Pakiet 3, Pakiet 4, Pakiet 5, Pakiet 6, Pakiet 7, Pakiet 8

od 01 kwietnia 2024 do 31 marca 2027 r.

Grupa III, Grupa IV, Grupa V

od 01 kwietnia 2024 do 31 marca 2026 r.

V. MINIMALNA DEKLAROWANA LICZBA DNI W MIESIĄCU DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

1. Grupa 1,

minimalna liczba dni w tygodniu w których oferent będzie udzielał świadczeń w godz. 7-15..... (co najmniej 1 raz w tygodniu).

2. Grupa II, Grupa IV

minimalna liczba dni w miesiącu w których oferent będzie udzielał świadczeń (co najmniej 1 raz w miesiącu).

3. Grupa III

minimalna liczba konsultacji w miesiącu (co najmniej 1 konsultacja w miesiącu).

VI. KRYTERIUM KOMPLEKSOWOŚCI

Oferent oświadcza (w przypadku podmiotu leczniczego osoby wskazane w załączniku nr 1 do „Formularza Ofertowego”) posiadał umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mu na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych Oddziałach oraz w innych medycznych komórkach organizacyjnych Udzielającego Zamówienia zgodnie z profilem udzielanych świadczeń w Szpitalu które będą wykonywane zgodnie z wymogami ustaw, zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, rozporządzeń Ministra Zdrowia oraz wewnętrznych przepisów Udzielającego Zamówienie w zakresie przedmiotowych świadczeń i tym samym iż **spełnia/ nie spełnia** ¹ kryterium kompleksowości.

¹ należy wybrać właściwe

VII. ZAŁĄCZNIKI

W załączeniu przedkładam ksero dokumentów:

Lp.	Dokumenty	Załączam/nie załączam*	Uzupełnię do dnia*
1	dypłom uczelni w języku polskim (w przypadku podmiotu leczniczego osób udzielających świadczeń zdrowotnych)		
2	dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu lekarza, w przypadku podmiotu leczniczego osób udzielających świadczeń zdrowotnych)		
3	dypłom specjalizacji/kwalifikacji/ certyfikaty potwierdzające odbyte szkolenia , karta specjalizacji (w przypadku podmiotu leczniczego osób udzielających świadczeń zdrowotnych)		
4	wpis do księgi rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą		
5	wypis z CEIDG lub KRS		
6	polisa OC		

7	dokumenty potwierdzające doświadczenie (w przypadku podmiotu leczniczego osób udzielających świadczeń zdrowotnych)		
8	zaświadczenie o okresowym szkoleniu BHP		
9	zaświadczenie lekarskie dopuszczające do udzielania świadczeń zdrowotnych (w przypadku podmiotu leczniczego osób udzielających świadczeń zdrowotnych)		
10	orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych (w przypadku podmiotu leczniczego osób udzielających świadczeń zdrowotnych)		
11	pełnomocnictwo do reprezentowania Oferenta w postępowaniu albo do reprezentowania Oferenta w postępowaniu i zawarciu umowy jeżeli osoba reprezentująca Oferenta w postępowaniu konkursowym nie jest wskazana do jego reprezentowania we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej		

*** WYJAŚNIENIE**

- oznacza nie załączam

X - oznacza załączam

- oznacza zobowiązuję się uzupełnić do dnia (obok okienka proszę wpisać datę)

VIII. OŚWIADCZENIA

Oferent wykonujący działalność leczniczą w formie **praktyki lekarskiej**

Oświadczam, iż:

1. Oświadczam, że spełniam warunki, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023, poz. 991).
2. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, wykonane na koszt własny i zobowiązuje się do przedłożenia kopii orzeczenia o stanie zdrowia.
3. Oświadczam, że w cenie/stawce oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia w tym: koszty badań profilaktycznych, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia.
4. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej;
6. Zobowiązuję się do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń.
7. Posiadam odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania w/w rodzaju świadczeń.
8. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta.

9. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
10. Zobowiązuję się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych.
11. Zobowiązuję się do odbycia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym.
12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
13. Oświadczam iż w chwili składania oferty nie toczy się w krajach Unii Europejskiej oraz państwach trzecich postępowanie o pozbawienie mnie prawa do wykonywania zawodu, ani w żadnym kraju Unii Europejskiej oraz państwach trzecich nie jestem pozbawiony prawa do wykonywania zawodu prawomocnym wyrokiem sądu lub ostateczną decyzją właściwych organów.
14. Oświadczam iż nie jestem osobą skazaną prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo przeciwko zdrowiu i życiu.

.....
Data

.....
Podpis (imię i nazwisko) Oferenta

Oferent wykonujący działalność leczniczą w formie **podmiotu leczniczego**

Oświadczam, iż:

1. Oświadczam, że spełniam warunki, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023, poz. 991).
2. Oświadczam, że osoby wskazane w załączniku nr 1 do „Formularza ofertowego”, które będą udzielać świadczeń zdrowotnych posiadają aktualne orzeczenia o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy i zobowiązuję się do przedłożenia kopii orzeczeń o stanie zdrowia.
3. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia w tym: koszty badań profilaktycznych, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia.
4. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Zobowiązuję się do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń.
6. Osoby wskazane w załączniku nr 1 do „Formularza ofertowego”, które będą udzielać świadczeń zdrowotnych posiadają odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania w/w rodzaju świadczeń.
7. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta.
8. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

9. Zobowiązuje się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych.
10. Zobowiązuję się, że osoby wskazane w załączniku nr 1 do „Formularza ofertowego”, które będą udzielać świadczeń zdrowotnych odbędą wstępne szkolenie z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym.
11. Oświadczam iż w chwili składania oferty wobec osób wskazanych w załączniku nr 1 do „Formularza ofertowego”, które będą udzielać świadczeń zdrowotnych nie toczy się w krajach Unii Europejskiej oraz państwach trzecich postępowanie o pozbawienie ich prawa do wykonywania zawodu, ani w żadnym kraju Unii Europejskiej oraz państwach trzecich żadna z tych osób nie jest pozbawiona prawa do wykonywania zawodu prawomocnym wyrokiem sądu lub ostateczną decyzją właściwych organów.
12. Oświadczam iż żadna z osób, które będą udzielać świadczeń zdrowotnych wskazanych w załączniku nr 1 do „Formularza ofertowego” nie jest osobą skazaną prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo przeciwko zdrowiu i życiu.

.....
Data

.....
Podpis Oferenta

Załącznik nr 1 do „Formularza ofertowego”

[illegible]