

## FORMULARZ OFERTOWY

### I. IDENTYFIKACJA OFERENTA:

Dane oferenta	
Nazwa	
Adres (+ ew. do korespondencji)	
Telefon	
E-mail	
NIP	
REGON	
Nazwa banku Nr konta bankowego	
Podany rachunek jest wpisany na tzw. „Białej Liście”	<input type="checkbox"/> wskazany rachunek figuruje na „Białej liście” <input type="checkbox"/> wskazany rachunek <b>nie</b> figuruje na „Białej liście” – świadczenia zwolnione z VAT

### II. PRZEDMIOT OFERTY:

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

#### **Grupa I**

**Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane przez podmiot o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 16 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023r. poz. 991 z dnia 2023.05.24) w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorców na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. dla Mieszkańców Miasta Krakowa i powiatu krakowskiego.**

#### **Grupa II**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów lekarskich przez podmiot o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 16 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023r. poz. 991 z dnia 2023.05.24) w Oddziale Chirurgii Ogólnej Onkologicznej i Małoinwazyjnej Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie – podmiot leczniczy.**

### III. PROPOZYCJE FINANSOWE OFERENTA:

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

Za realizację poniższych świadczeń zdrowotnych należne wynagrodzenie w wysokości :

Grupa I

Lp.	Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Proponowany % wynagrodzenia rozliczonego i zapłaconego przez Oddział NFZ Szpitalowi
-----	--------------------------------	---

1	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Dziale Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej	.....%.
---	--	---------

## Grupa II

Lp.	Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Proponowana cena jednostkowa brutto (w zł) za 1 godzinę
1	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów w Oddziale Chirurgii Ogólnej Onkologicznej i Małoinwazyjnej.	.....

## IV. CZAS TRWANIA UMOWY:

**Grupa I od dnia 1 lipca 2024 r. do 30 czerwca 2027 r.**

**Grupa II od dnia 1 lipca 2024 r. do 30 czerwca 2027 r.**

## V. KRYTERIUM KOMPLEKSOWOŚCI

Oferent oświadcza że, osoby wskazane w załączniku nr 1 do „Formularza Ofertowego” posiadają umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mu na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w 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** <sup>1</sup> kryterium kompleksowości.

<sup>1</sup> należy wybrać właściwe

## VI. ZAŁĄCZNIKI

W załączeniu przedkładam ksero dokumentów osób ujętych w załączniku nr 1 do formularza ofertowego:

Lp.	Dokumenty	Załączam/nie załączam*	Uzupełnię do dnia*
1	dypłomy uczelni w języku polskim		
2	dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu		
3	dypłom specjalizacji/kwalifikacji/ certyfikaty potwierdzające odbyte szkolenia , karta specjalizacji		
4	wpis do księgi rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą (dotyczy Oferenta)		
5	wypis z CEIDG lub KRS (dotyczy Oferenta)		
6	polisa OC		

7	dokumenty potwierdzające doświadczenie		
8	zaświadczenie lekarskie dopuszczające do udzielania świadczeń zdrowotnych		
9	pełnomocnictwo do reprezentowania Oferenta w postępowaniu albo do reprezentowania Oferenta w postępowaniu i zawarciu umowy jeżeli osoba reprezentująca Oferenta w postępowaniu konkursowym nie jest		

**\* WYJAŚNIENIE**

- - oznacza nie załączam i zobowiązuję się uzupełnić do dnia (obok okienka proszę wpisać datę)
- X** - oznacza załączam

**VII. OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż:

1. Oświadczam, że spełniam warunki, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2024, poz. 799).
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. Zobowiązuję 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 Oferent

