Załącznik nr 1
do Szczegółowych warunków konkursu nr 01/04/2022

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

FORMULARZ OFERTY

1. DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA:

1. Firma / Imię i Nazwisko .....
.....
2. Siedziba / adres zamieszkania .....
3. Oznaczenie we właściwym rejestrze / nr wpisu do rejestru /OIL /
.....
4. NIP .....
5. Regon .....
6. tel. kontaktowy/fax (opcjonalnie - najszybszy sposób kontaktu).....
.....
7. e-mail (opcjonalnie - najszybszy sposób kontaktu)
.....

2. OKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM UMOWY:

1) Rodzaj świadczeń: Usługi obrazowania medycznego
2) Zakres świadczeń: udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej

3. OPIS KOMPETENCJI *:

a) Tytuł zawodowy .....
b) Nr prawa wykonywania zawodu .....
c) Dziedzina i stopień specjalizacji .....
d) Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem / certyfikatem lub innym dokumentem)
.....
.....

.....

e) Oferowana maksymalna liczba godzin udzielanych tygodniowo ..... miesięcznie.....

f) Oferowana maksymalna ilość wykonanych opisów badań miesięcznie.....

4. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Świadczenia udzielane będą w lokalu Udzielającego zamówienia.

5. WARUNKI PŁATNOŚCI

Termin złożenia faktury/rachunku wraz z załącznikiem potwierdzonym przez przedstawiciela Udzielającego zamówienia upływa 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym udzielane były świadczenia. Jeżeli prawidłowo sporządzona faktura/rachunek wraz z załącznikiem za dany miesiąc zostanie przedłożony do Kancelarii Udzielającego zamówienie w terminie, wypłata należności nastąpi na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego Zamówienie do 15 dni od daty złożenia. W przypadku złożenia faktury po 15 dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym udzielane były świadczenia wypłata należności nastąpi do 60 dni od jej złożenia.

Dopuszcza się możliwość negocjacji częstotliwości i terminu płatności.

6. TERMIN REALIZACJI

24 miesiące

Jeżeli w okresie obowiązywania niniejszej umowy z Udzielającym Zamówienie nie zostanie zawarty kolejny kontrakt lub kontrakty w zakresie objętym niniejszym postępowaniem konkursowym, umowa zawarta z wybranym Oferentem wygaśnie najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania kontraktu z NFZ.

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczątka, podpis Oferenta)

* w przypadku oferty składanej przez podmiot leczniczy zatrudniający personel medyczny, który będzie udzielał świadczeń w zakresie objętym postępowaniem konkursowym należy przestawić dane w żądanym zakresie **odrębnie dla każdej z osób, które będą udzielać świadczeń**; dane, wraz z informacjami odnoszącymi się do tych osób, można przedstawić w zestawieniu tabelarycznym

** niewłaściwe przekreślić

Załącznik nr 2
do Szczegółowych warunków konkursu nr 01/04/2022

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1.Oświadczam, że:
   1) Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
   2) otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
   3) akceptuję projekt umowy.
2. ***Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w złożonej Ofercie, przez Sosnowiecki Szpital Miejski sp. z o.o. w restrukturyzacji, 41-219 Sosnowiec, ul. Szpitalna 1 w okresie 30 dni od ostatniego dnia składania ofert wyznaczonego przez Udzielającego Zamówienie na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego.***
3. W przypadku, gdy będę związany stosunkiem pracy z Udzielającym zamówienia, a moja oferta zostanie wyłoniona w konkursie (w przypadku osobistego udzielania świadczeń) zobowiązuję się do rozwiązania umowy o pracę przed dniem zawarcia umowy o świadczenia zdrowotne i oświadczam, że do porozumienia stron przystąpię dobrowolnie i nie będę rościł jakichkolwiek pretensji, z tytułu rozwiązania umowy o pracę za porozumieniem stron.
4. Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w najbliższym możliwym czasie wskazanym przez Udzielającego Zamówienie na warunkach określonych w ofercie i wg wzoru przedstawionego przez Udzielającego zamówienie;
5. Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń medycznych, oświadczam, że:
   1) wszystkie umowy zawarte z Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą były i są realizowane przez Oferenta należycie,
   2) w ciągu ostatnich 5 lat, nie wnoszono wobec Oferenta skarg odnoszących się do realizacji umów z Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.
6. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli Śląskiego Wojewódzkiego Oddziału NFZ w zakresie sposobu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych objętych ofertą.
7. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu i w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienie.
8. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
9. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty, jakie Zamawiający zobowiązany będzie ponieść w związku z wykonaniem przedmiotowego zamówienia.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczątka, podpis Oferenta)

Załącznik nr 3
do Szczegółowych warunków konkursu nr 01/04/2022

....
(nazwa przedsiębiorstwa nazwisko i imię – osoba fizyczna) *(miejscowość, data)*

.....

.....
(adres)

NIP .....

Regon .....

Pesel .....

.....
(tel. kontaktowy)

OŚWIADCZENIE LEKARZA UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ NA RZECZ SOSNOWIECKIEGO SZPITALA MIEJSKIEGO SP. Z O. O. W RESTRUKTURYZACJI

Oświadczam, iż na dzień składania niniejszej informacji posiadam ważne prawo wykonywania zawodu, którego nie zostałem/am pozbawiony/a ani które nie zostało zawieszone, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych, mój stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu lekarza, nie byłem/am karany/a za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej albo wszczęte przez okręgową radę lekarską mogące skutkować zawieszeniem prawa wykonywania zawodu ani ograniczeniem w wykonywaniu określonych czynności.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego pisemnego powiadomienia o zmianach powyższego statusu.

Jestem świadomy o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(czytelny podpis osoby upoważnionej)

Załącznik nr 4
do Szczegółowych warunków konkursu nr 01/04/2022

FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY

Część 1
(wypełniają Oferenci zainteresowani pełnieniem dyżurów 24-godzinnych)

1. Proponowana liczba dni ustawowo wolnych od pracy, z tytułu innego, niż dzień przypadający w niedzielę oraz innych dni zrównanych z nimi przez Udzielającego zamówienie (dalej – dni ustawowo wolne od pracy), w których Oferent zobowiązuje się udzielać świadczeń:

   .....
   (nie mniej, niż 2 dyżury na miesiąc w przypadku nie udzielania świadczeń w innych dniach niż „wolne")

2. Proponowana cena za udzielanie świadczeń zdrowotnych w dniu ustawowo wolnym od pracy (lekarze: dyżur 24-godzinny):

..... za godzinę brutto

3. Preferuję udzielanie świadczeń w dni ustawowo wolne od pracy w następującej kolejności (dla roku 2022; dla lat następnych ustalenia poniższe będą wymagane do przedstawienia w późniejszym czasie Koordynatorowi Zakładu Diagnostyki Obrazowej):
   (należy oznaczyć **wszystkie** dni kolejnymi numerami porządkowymi w taki sposób, że nr 1 oznacza dzień najbardziej preferowany, a nr 7 najmniej preferowany)

   Rok 2022 (numeracja od 1 do 7)

Data	Numer porządkowy	Data	Numer porządkowy
5 czerwca 2022			
16 czerwca 2022			
15 sierpnia 2022			
1 listopada 2022			
11 listopada 2022			
25 grudnia2022			
26 grudnia 2022			

Część 2
(wypełniają Oferenci zainteresowani udzielaniem świadczeń w dni powszednie)

4. Proponowane stałe dni i godziny tygodnia roboczego udzielania świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie, w tym:

   1) co najmniej 1 stały dzień tygodnia, w który będzie wykonywał świadczenia

Dzień tygodnia	Od godz. ……... do godz. ……... Oznaczyć „X”
poniedziałek	
wtorek	
środa	
czwartek	
piątek	

   2) liczba godzin, o których mowa w punkcie 1) dotyczy wyłącznie udzielania świadczeń w dni powszednie nie będące świętami w godzinach od 8.00 do 18.00 (preferowane godziny od 8^{00} do 13^{00} oraz od 13^{00} do 18^{00}).

Załącznik nr 5.1 do Szczegółowych warunków konkursu nr 01/04/2022

FORMULARZ CENOWY

Zakres 1.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu radiologii przez lekarzy - godziny

Dni i godziny udzielanych świadczeń	Szacunkowa ilość godzin do zabezpieczenia miesięcznie	Proponowana ilość godzin miesięcznie przez Oferenta	Cena jedn. brutto zł/godz. proponowana przez Oferenta
- w dni powszednie (od poniedziałku do piątku, niebędące świętami) w godzinach pomiędzy 8.00 a 18.00, w tym: • od 8.00 do 13.00 • od 13.00 do 18.00	**67,5**	.....* w tym: .....* .....*	..... zł
- w dni powszednie (od poniedziałku do piątku, niebędące świętami) w godzinach od 18.00 do 20.00 dnia następnego,	**12**	.....*	..... zł
- w dni powszednie (od poniedziałku do piątku, niebędące świętami) w godzinach od 20.00 do 8.00 dnia następnego,	**72**	.....*	..... zł
- w soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy oraz inne dni ustalone przez Udzielającego zamówienia jako wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego	**24**	.....*	..... zł

*brak określenia ilości godzin oraz ceny w formularzu w jakimkolwiek ze wskazanych zakresów będzie skutkował niemożliwością rozliczenia wykonanych świadczeń.

.....dnia.....

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Załącznik nr 5.2 do Szczegółowych warunków konkursu nr 01/04/2022

FORMULARZ CENOWY

Zakres 1.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu radiologii przez lekarzy – opisy badań

Rodzaj badań	Szacunkowa ilość opisów badań do zabezpieczenia na miesiąc	Wykonywane opisy [właściwe zaznaczyć]	Oferowana cena za jeden opis	Oferowana liczba opisów do wykonania miesięcznie
badania TK jednej okolicy	**156**	tak / nie	……	……
badania TK dwóch okolic, angiografia, szyja, piramidy k skroniowej	**100**	tak / nie	……	……
badania MR głowa, kręgosłup	**5**	tak / nie	……	……
badania RTG okolica anatomiczna	**150**	tak / nie	……	……
badania USG	**50**	tak / nie	……	……
Razem	**461**			

*brak określenia ilości opisów oraz ceny w formularzu w jakimkolwiek ze wskazanych zakresów będzie skutkował niemożliwością rozliczenia wykonanych świadczeń.

.....dnia.....

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Załącznik nr 6 do Szczegółowych warunków konkursu nr 01/04/2022

Sosnowiec, dn. .....

Oświadczenie

Oświadczam, że zobowiązuję się do posiadania umowy polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w paragrafach poprzedzających na kwotę

.....[1]
(wpisać kwotę dotyczącą zakresu na który składana jest oferta)

g) Obowiązek ubezpieczenia powstanie najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień podpisania umowy.
h) Okażę przy podpisywaniu umowy polisę ubezpieczeniową oraz dostarczę jej kserokopię.

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

[1] W przypadku podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, z dnia 29 kwietnia 2019 r. (Dz.U. 2019 poz. 866)

Załącznik nr 7 do Szczegółowych warunków konkursu 01/04/2022

Sosnowiec, dn. .....

Zaproszenie do negocjacji

Oferent zgłasza chęć podjęcia negocjacji:

w zakresie .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)