Załącznik nr 1
do Szczegółowych warunków konkursu nr 02/2021/06

.....
(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).....
7. e-mail (opcjonalnie) .....

2. OKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM UMOWY:

a) Rodzaj świadczeń: **Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – ambulatoryjna opieka specjalistyczna**

b) Zakres świadczeń: **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Psychoterapii i Leczenia Uzależnień od Alkoholu przez certyfikowanego specjalistę psychoterapii uzależnień**

3. OPIS KOMPETENCJI *:

1) Tytuł zawodowy .....
2) Nr prawa wykonywania zawodu (lub nr dyplomu)
.....
3) Dziedzina i stopień specjalizacji .....
4) Informacje o specjalizacji w toku:
   a) dziedzina specjalizacji .....
   b) rok specjalizacji .....

5) Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem / certyfikatem lub innym dokumentem)

.....

.....

.....

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 30 dni od daty złożenia faktury/rachunku.

Dopuszcza się możliwość negocjacji częstotliwości i terminu płatności.

6. TERMIN REALIZACJI:

Okres obowiązywania umowy: od dnia podpisania umowy do dnia 31.12.2021 r. (szacunkowo 6 miesięcy)

....

(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

Załącznik nr 2
do Szczegółowych warunków konkursu nr 02/2021/06

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że:
   a) Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
   b) otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
   c) 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:
   a) wszystkie umowy zawarte z Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą były i są realizowane przez Oferenta należycie,
   b) 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 prowadzonej przez przedstawicieli Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego Sp. z o. o. w restrukturyzacji lub innych uprawnionych jednostek 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 02/2021/06

.....
miejscowość, data

.....
pełna nazwa oferenta

.....
adres oferenta

.....
realizator

OŚWIADCZENIE O POSIADANYM DOŚWIADCZENIU[1]

Ja niżej podpisany oświadczam, że posiadam odpowiednie doświadczenie oraz wiedzę w zakresie niezbędnym do wykonywania zadania podlegającego postępowaniu konkursowemu.

Posiadaną wiedzę i umiejętności w ww. zakresie zdobyłem/-łam: (doświadczenie zawodowe)

1) .....
.....

2) .....
.....

3) .....
.....

4) .....
.....

[1] w przypadku oferty składanej przez podmiot leczniczy zatrudniający personel medyczny, który będzie udzielał świadczeń w zakresie objętym postępowaniem konkursowym należy przedstawić oświadczenie oraz dane w żądanym zakresie **odrębnie dla każdej z osób, które będą udzielać świadczeń.**

Załącznik nr 4
do Szczegółowych warunków konkursu nr 02/2021/06

FORMULARZ CENOWY

ZAKRES : Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Psychoterapii i Leczenia Uzależnień od Alkoholu przez certyfikowanego specjalistę psychoterapii uzależnień

Rodzaj udzielanych świadczeń	Szacunkowa ilość punktów do zabezpieczenia w okresie jednego miesiąca	Cena punkt zaoferowane przez Oferenta
1	**2**	**3**
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Psychoterapii i Leczenia Uzależnień od Alkoholu przez certyfikowanego specjalistę psychoterapii uzależnień	900	……..….. zł brutto

.....dnia.....

…….....

(podpis i pieczęć Oferenta)

Załącznik nr 5

do Szczegółowych warunków konkursu 02/2021/06

Sosnowiec, dn. .....

Oświadczenie

Oświadczam, że zobowiązuję się do posiadania umowy polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu na kwotę

.....[2]
(wpisać kwotę dotyczącą zakresu na który składana jest oferta)

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

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

[2]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 6

do Szczegółowych warunków konkursu 02/2021/06

Sosnowiec, dn. .....

Zaproszenie do negocjacji

Oferent zgłasza chęć podjęcia negocjacji:

w zakresie .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)