

.....
(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. dobrowolnie: tel. kontaktowy (fax)
7. dobrowolnie: e-mail

2. OKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM UMOWY:

- a. Rodzaj świadczeń: leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna
- b. Zakres świadczeń:

3. OPIS KOMPETENCJI *:

1. Tytuł zawodowy
2. Nr prawa wykonywania zawodu
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)
.....
.....
.....

6. Oferowana maksymalna liczba godzin udzielanych miesięcznie.....

4. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Świadczenia udzielane będą w lokalu Udzielającego zamówienia.

5. WARUNKI PŁATNOŚCI

Fakturę/rachunek wystawia się raz w miesiącu, nie wcześniej niż ostatniego dnia miesiąca, w którym udzielane były świadczenia. Termin złożenia faktury upływa 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym udzielane były świadczenia. Jeżeli prawidłowo sporządzona faktura za dany miesiąc po potwierdzeniu jej przez Kierownika Oddziału zostanie przedłożony do Kancelarii Udzielającego zamówienie w terminie wskazanym w zdaniu poprzednim, wypłata należności nastąpi na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego Zamówienie do 30 dni od jej złożenia.

W przypadku nie przedstawienia faktury/rachunku do

15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym udzielane były świadczenia.

Płatność nastąpi do 60 dni od przedstawienia faktury/rachunku.

Dopuszcza się możliwość negocjacji częstotliwości i terminu płatności.

6. TERMIN REALIZACJI:

Okres obowiązywania umowy to 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)

.....
(pieczęćka, 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

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 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.

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka, podpis Oferenta)

Załącznik nr 3 do Szczegółowych warunków konkursu nr 01/11/2022

.....
(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 zawieszona, 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)

FORMULARZ CENOWY

ZAKRES: Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu przez lekarzy specjalistów oraz lekarzy w trakcie specjalizacji.

Rodzaj udzielanych świadczeń	Szacunkowa ilość godzin/punktów rozliczeniowych do zabezpieczenia miesięcznie	Proponowana ilość godzin/punktów rozliczeniowych do zabezpieczenia przez Oferenta miesięcznie	Cena jedn. zł brutto za godzinę/punkt rozliczeniowy proponowana przez Oferenta
1 udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu w rodzaju leczenie szpitalne (opieka nad pacjentami Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu z Pododdziałem Chirurgii Artroskopowej, wykonywanie zabiegów, udzielanie konsultacji) w Oddziałach Szpitalnych oraz innych jednostkach Organizacyjnych Szpitala w tym w Izbie Przyjęć.	2 1300 godzin	3 zł brutto/godz	4

.....dnia.....

.....
(podpis i pieczęć Oferenta

**FORMULARZ CENOWY
CZĘŚĆ II**

lp.	Proponowana przez Oferenta cena za udział w procedurze (zabiegi komercyjne)			
	Nazwa procedury	Personel zaangażowany w procedurę		
		Operator	Asystent I	Asystent II
1	Plastyka palca młotkowatego stopy JONES ze znieczuleniem ogólnym	.....	-	-
2	Plastyka palca młotkowatego stopy JONES ze znieczuleniem podpajęczynówkowym	.....	-	-
3	Cementowa endoprotezoplastyka stawu kolanowego ze znieczuleniem ogólnym	.....	.....	.....
4	Cementowa endoprotezoplastyka stawu kolanowego ze znieczuleniem podpajęczynówkowym	.....	.....	.....
5	Cementowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego (całkowita) ze znieczuleniem ogólnym	.....	.....	.....
6	Cementowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego (całkowita) ze znieczuleniem podpajęczynówkowym	.....	.....	.....
7	Bezcementowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego ze znieczuleniem ogólnym	.....	.....	.....
8	Bezcementowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego ze znieczuleniem podpajęczynówkowym	.....	.....	.....
9	Rekonstrukcja więzadła krzyżowego kolana ze znieczuleniem ogólnym	.....	.....	-
10	Rekonstrukcja więzadła krzyżowego kolana ze znieczuleniem podpajęczynówkowym	.....	.....	-
11	Artroskopia stawu kolanowego ze znieczuleniem ogólnym	.....	-	-
12	Artroskopia stawu kolanowego ze znieczuleniem podpajęczynówkowym	.....	-	-
13	Artroskopia stawu kolanowego z szyciem łąkotki ze znieczuleniem ogólnym	.....	.....	-
14	Artroskopia stawu kolanowego z szyciem łąkotki ze znieczuleniem podpajęczynówkowym	.....	.....	-
15	Artroskopia nadgarstka ze znieczuleniem ogólnym	.....	-	-
16	Artroskopia barku z ciasnotą podbarkową- odbarczenie ze znieczuleniem ogólnym	.....	.....	-
17	Artroskopia barku z rekonstrukcją strożka rotatorów ze znieczuleniem ogólnym	.....	.....	-
18	Artroskopia barku z rekonstrukcją obrąbka ze znieczuleniem ogólnym	.....	.....	-
19	Przykurcz Dupuytrena ze znieczuleniem ogólnym	.....	-	-
20	Przykurcz Dupuytrena ze znieczuleniem miejscowym	.....	-	-
21	Plastyka palucha koślawego stopy SCARF ze znieczuleniem ogólnym	.....	.....	-

22	Plastyka palucha koślawego stopy SCARF ze znieczuleniem podpajęczynówkowym	.....	.....	-
23	Plastyka palca młotkowatego stopy WEIL ze znieczuleniem ogólnym	.....	-	-
24	Plastyka palca młotkowatego stopy WEIL ze znieczuleniem podpajęczynówkowym	.....	-	-
25	Plastyka palucha koślawego stopy SCARF + palca młotkowatego WEIL lub JONES ze znieczuleniem ogólnym	.....	.....	-
26	Plastyka palucha koślawego stopy SCARF + palca młotkowatego WEIL lub JONES ze znieczuleniem podpajęczynówkowym	.....	.....	-
27	Palec trzaskający dłoni ze znieczuleniem miejscowym	.....	-	-
28	Zespół cieśni nadgarstka ze znieczuleniem miejscowym	.....	-	-
29	Naprawa ścięgna Achillesa ze znieczuleniem ogólnym	.....	-	-
30	Naprawa ścięgna Achillesa ze znieczuleniem podpajęczynówkowym	.....	-	-
31	Artroskopia stawu skokowego ze znieczuleniem ogólnym	.....	.....	-
32	Artroskopia stawu skokowego ze znieczuleniem podpajęczynówkowym	.....	.....	-
33	Rowek nerwu łokciowego ze znieczuleniem ogólnym	.....	-	-
34	Choroba de Quervaina ze znieczuleniem ogólnym	.....	-	-
35	Przezskórna ewakuacja zwapnień stożka rotatorów	.....	.....	-
36	Złożona rekonstrukcja stawu ramiennego (bez kosztu implantu)	.....	.....	-
37	Artroskopowa naprawa chrząstki membrana 2x2 znieczulenie ogólne	.....	.....	-
	Artroskopowa naprawa chrząstki membrana 5x5 znieczulenie ogólne	.....	.....	-
38	Artroskopowa naprawa chrząstki membrana 5x5 znieczulenie znieczulenie ogólne	.....	.....	-
39	Artroskopowa naprawa chrząstki membrana 5x5 znieczulenie podpajęczynówkowe	.....	.....	-
40	Artroskopia stawu barkowego znieczulenie ogólne	.....	.....	-
41	Artroskopia stawu kolanowego z szyciem łąkotki ze znieczuleniem ogólnym 2 implanty	.....	.....	-
42	Artroskopia stawu kolanowego z szyciem łąkotki ze znieczuleniem podpajęczynówkowym 2 implanty	.....	.....	-
43	Plastyka palucha koślawego SILVER + usunięcie wyrostki kostnej I-szej kości śródstopia	.....	.....	-

Załącznik nr 5 do Szczegółowych warunków konkursu nr 01/11/2022

Sosnowiec, dn.

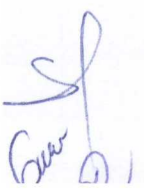
Oświadczenie

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

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

- d. Obowiązek ubezpieczenia powstanie najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień podpisania umowy.
- e. Okażę przy podpisywaniu umowy polisę ubezpieczeniową oraz dostarczę jej kserokopię.

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)



Załącznik nr 6 do Szczegółowych warunków konkursu 01/11/2022

Sosnowiec, dn.

Zaproszenie do negocjacji

Oferent zgłasza chęć podjęcia negocjacji:

w zakresie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

