

.....
(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

Zapłata należności nastąpi na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego Zamówienie do 30 dni od daty złożenia w Kancelarii Udzielającego zamówienia prawidłowo sporządzonej faktury/rachunek wraz z załącznikiem .

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)

.....

(pieczęć, podpis Oferenta)

- * w przypadku oferty składanej przez podmiot leczniczy zatrudniający personel medyczny, który będzie udzielał świadczeń w zakresie objętym postępowaniem konkursowym należy przedstawić 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:
 - 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, 41-200 Sosnowiec, ul. Zegadłowicza 3 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 rościć 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)

.....
(pieczęćka, podpis Oferenta)

Załącznik nr 3
do Szczegółowych warunków konkursu nr 007/02/2024

..... (miejsowość,
data)
(nazwa przedsiębiorstwa/ nazwisko i imię –
osoba fizyczna)

.....

.....
(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 zawieszono, 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 1.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej 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 20.00, w tym: <ul style="list-style-type: none"> • od 8.00 do 13.00 • od 13.00 do 18.00 • od 18,00 do 20,00 	437 w tym: 230 161 46 w tym: zł zł
- w dni powszednie (od poniedziałku do piątku, niebędące świętami) w godzinach od 20.00 do 8.00 dnia następnego,	270 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	220 zł

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

.....dnia.....

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

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

Rodzaj badań	Szacunkowa ilość badań do zabezpieczenia miesięcznie	Oferowana liczba opisów badań *	Oferowana cena za opis badania*
Pkt 1) – TK głowa	125		
Pkt 2) - TK angio kk dolnych	5		
TK i angio inne niż pkt. 2)	30		
TK jednej okolicy inne niż pkt. 1)	65		
badania MR głowa, kręgosłup	10		
badania RTG okolica anatomiczna	2500		
badania RTG z podaniem środka kontrastowego	30		
badania MMG	300		
badania USG jednej okolicy	700		
USG piersi	40		
Biopsja pod kontrolą USG	20		
badania USG Doppler	80		
Radiologia zabiegowa: drenaże jam ciała i zbiorów płynu, biopsje gruboigłowe	20		
RAZEM badania	3925		

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

.....dnia.....

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

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)

- 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)

¹W 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)

Zaproszenie do negocjacji

Oferent zgłasza chęć podjęcia negocjacji:

w zakresie

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Handwritten mark