Załącznik nr 3 do Uchwały
Zarządu Szpitala Czerniakowskiego Sp. z o.o.
Nr……25…/IV/2022 r. z dnia 02 marca 2022 r.

Warszawa, dnia……

Szpital Czerniakowski Sp. z o.o.
w Warszawie
ul. Stępińska 19/25
00-739 Warszawa

FORMULARZ OFERTOWY

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez podmioty lecznicze zatrudniające indywidualne/ indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie dla pacjentów Szpitala Czerniakowskiego Sp. z o.o. w Warszawie w Oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu **w okresie od dnia 11 marca 2022 r. do dnia 10 lipca 2022 r.**

1.
DANE OFERENTA:

Imię i nazwisko oferenta……

PESEL……

Nazwa oferenta zgodnie z dokumentem rejestrowym:

……

……

Adres siedziby firmy:

kod:…… miejscowość:……

ulica i numer domu:……

numer telefonu:……email:……

Adres zamieszkania:

kod:…… miejscowość:……

ulica i numer domu:……

numer telefonu:……email:……

NR NIP……

NR REGON……

Specjalizacja w dziedzinie (stopień):……

2.
CENA I TERMINY ŚWIADCZENIA USŁUG:

A) Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równowartość ……% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie 1 operacji endoprotezoplastyki stawów kolanowych i biodrowych w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru dla 1 lekarza.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie …… endoprotezoplastyk stawów kolanowych i biodrowych ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru (ilość w sztukach) dla 1 lekarza.

B) Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równowartość ……% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie 1 operacji endoprotezoplastyki stawów kolanowych i biodrowych w każdą sobotę miesiąca dla 1 lekarza.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie …… endoprotezoplastyk stawów kolanowych i biodrowych ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie wykonywanych w każdą sobotę miesiąca (ilość w sztukach) dla 1 lekarza.

C) Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równowartość ……% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie 1 operacji rewizyjnej endoprotezoplastyk stawów kolanowych i biodrowych w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru dla 1 lekarza.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie …… operacji rewizyjnych endoprotezoplastyk stawów kolanowych i biodrowych ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru (ilość w sztukach) dla 1 lekarza.

D) Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równowartość ……% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie 1 operacji rewizyjnej endoprotezoplastyki stawów kolanowych i biodrowych ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie wykonywanych w każdą sobotę miesiąca dla 1 lekarza.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie …… operacji rewizyjnych endoprotezoplastyk stawów kolanowych i biodrowych ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie wykonywanych w każdą sobotę miesiąca (ilość w sztukach) dla 1 lekarza.

E) Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równowartość ……% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie 1 artroskopii (stawu kolanowego, barkowego, biodrowego, łokciowego, skokowego) oraz rekonstrukcji więzadłowej, operacji korekcyjnej na stopie oraz chirurgii ręki w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru dla 1 lekarza.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie …… artroskopii (stawu kolanowego, barkowego, biodrowego, łokciowego, skokowego) oraz rekonstrukcji więzadłowej, operacji korekcyjnej na stopie oraz chirurgii ręki ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru (ilość w sztukach) dla 1 lekarza.

F) Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równowartość ……% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie 1 artroskopii (stawu kolanowego, barkowego, biodrowego, łokciowego, skokowego) oraz rekonstrukcji więzadłowej, operacji korekcyjnej na stopie oraz chirurgii ręki w każdą sobotę miesiąca dla 1 lekarza.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie …… artroskopii (stawu kolanowego, barkowego, biodrowego, łokciowego, skokowego) oraz rekonstrukcji więzadłowej, operacji korekcyjnej na stopie oraz chirurgii ręki ustalanych szczegółowo w każdą sobotę miesiąca (ilość w sztukach) dla 1 lekarza.

G) Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równowartość ……% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie 1 innego zabiegu (rany szarpane, uszkodzenia ścięgien, więzadeł) w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru dla 1 lekarza.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie …… innych zabiegów (rany szarpane, uszkodzenia ścięgien, więzadeł) ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru (ilość w sztukach) dla 1 lekarza.

H) Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równowartość ……% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie 1 innego zabiegu (rany szarpane, uszkodzenia ścięgien, więzadeł) w każdą sobotę miesiąca dla 1 lekarza.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie …… innych zabiegów (rany szarpane, uszkodzenia ścięgien, więzadeł)ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie każdą sobotę miesiąca (ilość w sztukach) dla 1 lekarza .

I) Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równowartość .....% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie 1 zespolenia złamań kończyny górnej, dolnej, miednicy lub kręgosłupa w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru dla 1 lekarza.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie ..... zespoleń złamań kończyny górnej, dolnej, miednicy lub kręgosłupa ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru (ilość w sztukach) dla 1 lekarza.

J) Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równowartość .....% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie zespoleń złamań kończyny górnej, dolnej, miednicy lub kręgosłupa w każdą sobotę miesiąca dla 1 lekarza.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie ..... zespoleń złamań kończyny górnej, dolnej, miednicy lub kręgosłupa ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie każdą sobotę miesiąca (ilość w sztukach) dla 1 lekarza.

3.

OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert" (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie zgłaszam zastrzeżeń do ich treści oraz, że dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty.
2. Oświadczam, że w cenie/stawce 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 oraz, że cena nie zostanie zmieniona w trakcie wykonywania przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że zatrudniam personel medyczny o kwalifikacjach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert w ilości zapewniającej prawidłową realizację świadczeń. Lekarze i pielęgniarki zatrudnieni przeze mnie i skierowani do realizacji świadczeń w ramach umowy zawartej w niniejszym konkursie nie są pracownikami Szpitala Czerniakowskiego sp. z o.o.
4. Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą w zakresie wymienionym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
5. Zobowiązuję się do posiadania dla wykazanego personelu przez cały okres trwania umowy aktualnych orzeczeń lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych
6. Zobowiązuję się do posiadania dla wykazanego personelu przez cały okres trwania umowy aktualnych zaświadczeń o szkoleniu bhp, a w przypadku usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetycznego – również aktualnych zaświadczeń o szkoleniu bhp w zakresie obsługi urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne.
7. Oświadczam, iż dysponuje własną odzieżą roboczą ochronną dla wykazanego personelu niezbędną do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
8. Wyrażam zgodę na wykonywanie przez wskazany personel świadczeń zdrowotnych przy użyciu sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie Udzielającego zamówienia.
9. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
10. Zobowiązuję się do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
11. Oświadczam, że wskazany personel posiada odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania w/w rodzaju świadczeń.

12. Oświadczam, że wskazany personel posiada co najmniej 5 lat doświadczenia w świadczeniu usług medycznych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu
13. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta;
14. 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;
15. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postepowania konkursowego.

4.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Wydruk aktualnego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą https://rpwdl.csioz.gov.pl/ (aktualny, nie starszy niż 1 miesiąc),
2. Wydruk wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) aktualny, nie starszy niż jeden miesiąc,
3. Wykaz personelu wraz z danymi o dokumentach potwierdzających kwalifikacje (nr dyplomu, nr prawa wykonywania zawodu, dyplomy specjalizacyjne, itp.) Wzór wykazu stanowi załącznik nr 1 do niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
4. Aktualna polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w wyniku realizacji umowy o udzielenie zamówienia art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. , poz. 2190 poz. 711 t. j.) oraz Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019 poz. 866). Dotyczy to również odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu polisy najpóźniej w dniu zawarcia umowy – zał. nr 7
5. Kserokopie orzeczeń lekarskich lekarza medycyny pracy o zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jego przedstawienia w chwili podpisania umowy dla personelu wskazanego do udzielania świadczeń.
6. Kserokopie aktualnych zaświadczeń o szkoleniu bhp, a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetycznego – również aktualnego zaświadczenia o szkoleniu bhp w zakresie obsługi urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jego przedstawienia w chwili podpisania umowy dla personelu wskazanego do udzielania świadczeń.
7. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta.

……

(podpis i pieczęć oferenta lub osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)