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 oraz sprawowania nadzoru nad lekarzami rezydentami w trakcie wykonywania przez nich zabiegów operacyjnych (mentoring)

w okresie od dnia 11 lipca 2022 r. do dnia 10 listopada 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):.........................................................................................................................

* Deklaruję dyspozycyjności do realizacji w miesiącu minimalnie 7 operacji udzielania świadczeń zdrowotnych, polegających na nadzorze nad lekarzami rezydentami w trakcie wykonywania przez nich zbiegów

□ - TAK

□ - NIE

**2.**

**CENA I TERMINY ŚWIADCZENIA USŁUG:**

1. 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.

1. 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.

1. 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.

1. 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.

1. 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.

1. 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.

1. 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.

1. 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 .

1. 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.

1. 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.

1. Oferuję sprawowanie nadzoru nad lekarzami rezydentami za cenę brutto: kwotę brutto równowartość ………% wartości wyceny JGP NFZ w trakcie wykonywania przez nich 1 operacji endoprotezoplastyki stawów kolanowych i biodrowych.

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

1. Oferuję sprawowanie nadzoru nad lekarzami rezydentami za cenę brutto: kwotę brutto równowartość ………% wartości wyceny JGP NFZ w trakcie wykonywania przez nich 1 operacji endoprotezoplastyki stawów kolanowych i biodrowych w każdą sobotę miesiąca.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie ………………… sprawowań nadzorów nad operacjami endoprotezoplastyk stawów kolanowych i biodrowych ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie wykonywanych w każdą sobotę miesiąca (ilość w sztukach).

1. Oferuję sprawowanie nadzoru nad lekarzami rezydentami za cenę brutto: kwotę brutto równowartość ………% wartości wyceny JGP NFZ w trakcie wykonywania przez nich 1 operacji rewizyjnej endoprotezoplastyk stawów kolanowych i biodrowych w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie ………………… sprawowań nadzorów nad operacjami rewizyjnymi endoprotezoplastyk stawów kolanowych i biodrowych ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru (ilość w sztukach).

1. Oferuję sprawowanie nadzoru nad lekarzami rezydentami za cenę brutto: kwotę brutto równowartość ………% wartości wyceny JGP NFZ w trakcie wykonywania przez nich 1 operacji rewizyjnej endoprotezoplastyki stawów kolanowych i biodrowych ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie wykonywanych w każdą sobotę miesiąca.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie …………………sprawowań nadzorów nad operacjami rewizyjnych endoprotezoplastyk stawów kolanowych i biodrowych ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie wykonywanych w każdą sobotę miesiąca (ilość w sztukach).

1. Oferuję sprawowanie nadzoru nad lekarzami rezydentami za cenę brutto: kwotę brutto równowartość ………% wartości wyceny JGP NFZ w trakcie wykonywania przez nich 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.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie …………………sprawowań nadzorów nad artroskopią (stawu kolanowego, barkowego, biodrowego, łokciowego, skokowego) oraz rekonstrukcją 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).

1. Oferuję sprawowanie nadzoru nad lekarzami rezydentami za cenę brutto: kwotę brutto równowartość ………% wartości wyceny JGP NFZ w trakcie wykonywania przez nich 1 artroskopii (stawu kolanowego, barkowego, biodrowego, łokciowego, skokowego) oraz rekonstrukcji więzadłowej, operacji korekcyjnej na stopie oraz chirurgii ręki w każdą sobotę miesiąca.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie ………………… sprawowań nadzorów nad artroskopią (stawu kolanowego, barkowego, biodrowego, łokciowego, skokowego) oraz rekonstrukcją więzadłowej, operacji korekcyjnej na stopie oraz chirurgii ręki ustalanych szczegółowo w każdą sobotę miesiąca (ilość w sztukach).

1. Oferuję sprawowanie nadzoru nad lekarzami rezydentami za cenę brutto: kwotę brutto równowartość ………% wartości wyceny JGP NFZ w trakcie wykonywania przez nich 1 innego zabiegu (rany szarpane, uszkodzenia ścięgien, więzadeł) w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie …………………sprawowań nadzorów nad innymi zabiegami (rany szarpane, uszkodzenia ścięgien, więzadeł) ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru (ilość w sztukach).

1. Oferuję sprawowanie nadzoru nad lekarzami rezydentami za cenę brutto: kwotę brutto równowartość ………% wartości wyceny JGP NFZ w trakcie wykonywania przez nich 1 innego zabiegu (rany szarpane, uszkodzenia ścięgien, więzadeł) w każdą sobotę miesiąca.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie …………………sprawowań nadzorów nad innymi zabiegami (rany szarpane, uszkodzenia ścięgien, więzadeł)ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie każdą sobotę miesiąca (ilość w sztukach).

1. Oferuję sprawowanie nadzoru nad lekarzami rezydentami za cenę brutto: kwotę brutto równowartość ………% wartości wyceny JGP NFZ w trakcie wykonywania przez nich 1 zespolenia złamań kończyny górnej, dolnej, miednicy lub kręgosłupa w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie …………………sprawowań nadzorów nad zespoleniem złamań kończyny górnej, dolnej, miednicy lub kręgosłupa ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie   
w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru (ilość w sztukach).

1. Oferuję sprawowanie nadzoru nad lekarzami rezydentami za cenę brutto: kwotę brutto równowartość ………% wartości wyceny JGP NFZ w trakcie wykonywania przez nich 1 zespolenia złamań kończyny górnej, dolnej, miednicy lub kręgosłupa w każdą sobotę miesiąca.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie …………………sprawowań nadzorów nad zespoleniem złamań kończyny górnej, dolnej, miednicy lub kręgosłupa ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie każdą sobotę miesiąca (ilość w sztukach).

**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/posiadam 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/przeze mnie przez cały okres trwania umowy aktualnych orzeczeń lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych
6. Zobowiązuję się do posiadania dla wykazanego personelu/ przeze mnie 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/dla mnie niezbędną do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
8. Wyrażam zgodę na wykonywanie przez wskazany personel/ przeze mne 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/ ja posiadam 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.- nie dotyczy indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej.
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. 633 ) 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)*