Załącznik Nr 1 do Materiałów Informacyjnych (MI)

Formularz oferty

Instrukcja dla Oferenta:

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany przez osobę do tego uprawnioną.

2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów wymienionych w Rozdziale I pkt. 9 MI.

3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem", podpisem przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.

4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone w oryginale do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.

5. Wszystkie strony Formularza oferty winny być parafowane przez Oferenta.

p.o. Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Wadowicach
lek. Krzysztof Harpula
specjalista chirurgii ogólnej
specjalista medycyny ratunkowej
7969727

ADWOKAT
Marcin Kurowski

I. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko lekarza .....

Rodzaj praktyki lekarskiej .....

Nr prawa wykonywania zawodu .....

Organ prowadzący rejestr (nazwa Okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)
.....

Nr księgi rejestrowej .....

Adres zamieszkania .....

Kraj Miejscowość .....

Kod pocztowy Poczta .....

Ulica Nr domu Nr lokalu .....

E-mail .....

telefon fax .....

Adres do korespondencji .....

Kraj Miejscowość .....

Kod pocztowy Poczta .....

Ulica Nr domu Nr lokalu .....

Działalność gospodarcza

Nazwa firmy .....

Siedziba – adres .....

Kraj Miejscowość .....

Kod pocztowy Poczta .....

Ulica Nr domu Nr lokalu .....

E-mail .....

telefon fax .....

Adres do korespondencji .....

Kraj Miejscowość .....

Kod pocztowy Poczta .....

Ulica Nr domu Nr lokalu .....

Numer wpisu do rejestru .....

REGON .....

Numer identyfikacji podatkowej (NIP) .....- ..... -..... - .....

Nazwa Banku .....

Nr konta bankowego .....

Osoba reprezentująca przyjmującego zamówienie .....

.....

II. Zasoby personalne, infrastrukturalne oraz organizacyjne do realizacji zamówienia"

a. Przedkładam dane personelu medycznego zgłoszonego przez Oferenta do realizacji świadczeń posiadających pełne kwalifikacje do wykonywania świadczeń medycznych będących przedmiotem zamówienia:

Lekarze:

Lp.	Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi	Kwalifikacje zawodowe	Rodzaj i nr dokumentu potwierdzającego kwalifikacje

b. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz materiałów medycznych Udzielającego zamówienia.

c. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu zasobów organizacyjnych Udzielającego zamówienia.

Ilości i godziny świadczenia usług

1. Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Ortopedycznej (może ulec zmianie po konsultacji lub na polecenie Kierownika CMPW)

dni tygodnia	godziny przyjęć	ilość godzin
poniedziałek		
wtorek		
środa		
czwartek		
piątek		
	Razem:	

2. Minimalna miesięczna ilość dyżurów i czas ich trwania*:

miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych	godziny udzielania świadczeń zdrowotnych	
	15^{00} - 7^{00} w dni robocze od poniedziałku do piątku	7^{00} - 7^{00} w soboty, niedziele i święta
oddział .... Szpitala im. św. Jana Pawła II w Wadowicach		

* - należy wpisać ilość dyżurów.

III. Proponowana kwota wynagrodzenia:

Oferuję wykonanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu, zgodnie z wymaganiami określonymi w Materiałach Informacyjnych (MI) i szczegółowych warunkach konkursu, za następującym wynagrodzeniem:

1. **Wykonywanie procedur z zakresu ortopedii i traumatologii – leczenie szpitalne (ryczałtowe) w okresie od 01.08.2023r. do 31.12.2024r.**
   Wynagrodzenie w kwocie odpowiadającej .....% (słownie: .....) wartości punktowej Jednolitej Grupy Pacjentów (przy założeniu 1 punkt – 1 złoty) – związanych z wykonaną procedurą z zakresu świadczeń ortopedii i traumatologii wg wyceny Narodowego Funduszu Zdrowia dla ZZOZ w Wadowicach.

2. **Wykonywanie procedur z zakresu ortopedii i traumatologii – leczenie szpitalne (ryczałtowe) w okresie od 01.01.2025r. do 31.01.2026r.**
   Wynagrodzenie w kwocie odpowiadającej .....% (słownie: .....) wartości świadczeń – związanych z wykonaną procedurą Jednorodnej Grupy Pacjentów z zakresu świadczeń ortopedii i traumatologii wg wyceny Narodowego Funduszu Zdrowia dla ZZOZ w Wadowicach.
3. **Wykonywanie procedur z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (limitowane)**
   Wynagrodzenie w kwocie odpowiadającej .....% (słownie: .....) wartości podstawowej – związanej z wykonaną procedurą Jednorodnej Grupy Pacjentów z zakresu świadczeń ortopedii i traumatologii wg wyceny Narodowego Funduszu Zdrowia dla ZZOZ w Wadowicach – **wycena procedury podstawowa**.
   Wynagrodzenie w kwocie odpowiadającej .....% (słownie: .....) wartości podstawowej – związanej z wykonaną procedurą Jednorodnej Grupy Pacjentów z zakresu świadczeń ortopedii i traumatologii wg wyceny Narodowego Funduszu Zdrowia dla ZZOZ w Wadowicach – **wycena procedury podwyższonej**.
4. **Świadczenia zdrowotne w Poradni Ortopedycznej**
   Wynagrodzenie w kwocie odpowiadającej ..... % (słownie: .....) wartości wykonanej porady wg wyceny Narodowego Funduszu Zdrowia dla Poradni Ortopedycznej ZZOZ w Wadowicach.
5. **Świadczenia zdrowotne polegające na pełnieniu dyżuru medycznego przez lekarza uprawnionego**
   Wynagrodzenie w kwocie odpowiadającej ..... zł (słownie: .....) brutto za 1 godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru.
6. **Świadczenia zdrowotne polegające na** koordynowaniu zadań związanych z zapewnieniem kompleksowego zabezpieczenia świadczeń z zakresu ortopedii - leczenie ambulatoryjne, szpitalne oraz rehabilitacja medyczna przez pierwsze 17 miesięcy trwania umowy.

Wynagrodzenie ryczałtowe w kwocie odpowiadającej - ..... zł (słownie: .....) brutto za jeden miesiąc koordynacji zadań w okresie od 01.08.2023 roku do 31.12.2024 roku.

IV. Oświadczenia:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienność cen.
2. Oferuję termin płatności ..... dni (min. 30 dni) od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego zamówienia.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Zapoznałem się wszystkimi koniecznymi informacjami oraz wyjaśnieniami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od 01.08. 2023r. do 31.01.2026r.
6. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.
7. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
8. Zobowiązuję się, najpóźniej w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, do zawarcia z Udzielającym Zamówienia umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia.
9. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
11. Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.

Miejscowość .....

Data .....

p.o. Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Wadowicach
lek. Krzysztof Harpula
specjalista chirurgii ogólnej
specjalista medycyny ratunkowej
7969727

ADWOKAT
Marcin Kurowski

.....
(pieczątka i podpis Oferenta
lub osoby upoważnionej)