

FORMULARZ OFERTOWY

PAKIET I i III

**Świadczenia zdrowotne w ramach: kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, Medyny Pracy oraz
Wojskowych Komisji Lekarskich.**

Składam niniejszą ofertę.

I. DANE OFERENTA

PEŁNA NAZWA OFERENTA (zgodnie z właściwym rejestrem) :

.....
.....

ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI :

.....
.....

ADRES ZAMIESZKANIA:

NIP:

REGON:

NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU I DATA JEGO UZYSKANIA:

.....

Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu:

.....

Nr telefonu: **adres e-mail:**.....

Kwalifikacje zawodowe (posiadane dyplomy, posiadane specjalizacje bądź specjalizacje w trakcie, kursy, uprawnienia (prawo wykonywania zawodu), certyfikaty:

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

Staż pracy (w tym w zawodzie lekarza)

Przebieg pracy zawodowej

Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

(wpisać bank i nr konta)

Do niniejszej oferty załączam wymagane w warunkach zamówienia dokumenty i oświadczenia jako załączniki:

1. Aktualny wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczącą, prowadzonego przez właściwą Izbę Lekarską, z wpisem adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
2. Poświadczane kopie dokumentów (dyplomy, prawo wykonywania zawodu lekarza, posiadana specjalizacja, zaświadczenie o odbycie specjalizacji, karta szkolenia specjalizacyjnego w przypadku odbywania specjalizacji, zaświadczenie o stażu pracy, certyfikaty potwierdzające umiejętności w zakresie wykonywania badań o których mowa w przedmiocie zamówienia);
3. Aktualna polisa OC
4. Aktualny wpis z CEIDG
5. Kopia aktualnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do świadczenia usług w ramach świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu i zaświadczenie sanitarno-epidemiologicznych.
6. Kopia aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia BHP.
7. Inne

.....
miejscowość i data

.....
podpis i pieczęć

II. OFERTA SZCZEGÓŁOWA

Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi Warunkami Konkursów Ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Warszawie w miejscu wskazanym w umowie przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Zamawiającego.
3. Prowadzi działalność leczniczą w dziedzinie..... zarejestrowaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą / rejestr, indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC).
6. Posiada wpis w księdze Rejestrowej o Rodzaju Działalności Leczniczej i Praktyki Zawodowej z wpisem adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych.
7. Posiada uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty.
8. Oferuję dyspozycyjność do udzielenia świadczeń zdrowotnych w placówce (zaznaczyć wybraną):

I. przy ul. Nowowiejskiej 10

II. przy ul. Nowowiejskiej 31

O wyborze miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych decydują aktualne potrzeby Udzielającego zamówienia i strony ustalają miejsce zgodnie z umową. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do zmiany harmonogramu świadczeń zdrowotnych w zależności od potrzeb kadrowych lub wielkości kontraktu.

Dni Tygodnia	od do... Co minut	Liczba godzin NFZ	Poradnia ul.....	od.....do ... Co minut	Liczba godzin Medycyna Pracy/Wojskowe Komisje Lekarskie	Poradnia ul.....	Od.....do..... Co minut
Poniedziałek							
Wtorek							
Środa							
Czwartek							
Piątek							
Przeciętna liczba godzin							

Zamawiający ma prawo do wyboru określonych godzin wskazanych powyżej (umieszczonych w tabeli powyżej). Kryteria wyboru ofert dotyczy tylko tych godzin w których Udzielający zamówienia ma potrzeby do zapewnienia udzielania świadczeń w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Wybrane oferty nie powodują automatycznie, iż wszystkie godziny bądź przedział godzin zostaną wybrane. Dokładny harmonogram (dni i godz.) udzielania świadczeń zdrowotnych zostanie ustalony z Kierownikiem Wydziału Sprzedaży i Rozliczeń Świadczeń Medycznych i /lub Pielęgniarką Koordynującą placówki, w której udzielane będą świadczenia.

9. Nie jest podmiotem polegającym wykluczeniu polegającym wykluczeniu w rozumieniu art.7 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspierania agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. 2022 poz.835).

10. Przyjmując do wiadomości, iż świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz łączności Udzielającego zamówienia, oświadczam, że za realizację zamówienia oczekuję należności (brutto) wg następującej kalkulacji:

PAKIET I: świadczenia zdrowotne w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia

Poradnia Chirurgii ogólnej	Świadczenia w zakresie NFZ	ul. Nowowiejska 31 liczba lekarzy: 1-2	<p><u>Świadczenia specjalistyczne*:</u> Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi: zł (praca z pielęgniarką). zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p><u>Świadczenia zabiegowe*:</u> Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową zabiegową w ramach NFZ wynosi: zł (praca z pielęgniarką). zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p><u>Świadczenia onkologiczne*:</u> Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi: zł (praca z pielęgniarką). zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p>ul. Nowowiejska 31 Ilość jednostek specjalistycznych: 9490 miesięcznie Ilość jednostek zabiegowych: 11 892 miesięcznie Ilość jednostek onkologicznych: 179 miesięcznie</p> <p><u>Wymagania minimum:</u> * Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz w tygodniu co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 8:00-18:00</p> <p><u>Wymagania preferowane:</u> Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 3 razy w tygodniu, w tym 1x w godzinach popołudniowych w zakresie od godz. 14:00-20:00</p>
---------------------------------------	----------------------------	--	--

Poradnia Kardiologiczna	Świadczenia w zakresie NFZ	ul. Nowowiejska 31 liczba lekarzy: 1-2	<p>Świadczenia specjalistyczne*: Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wraz z wykonaniem badania USG echo serca wynosi: zł (praca z pielęgniarką). zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p>Świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe*: Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną pierwszorazową w ramach NFZ wynosi: zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p>ul. Nowowiejska 31 Ilość jednostek specjalistycznych: 22 256 miesięcznie Ilość jednostek specjalistycznych pierwszorazowych: 14 036 miesięcznie</p> <p><u>Wymagania minimum:</u> * Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz w tygodniu co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 8:00-18:00</p> <p><u>Wymagania preferowane:</u> Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 3 razy w tygodniu, w tym 1x w godzinach popołudniowych w zakresie od godz. 14:00-20:00</p>
--------------------------------	----------------------------	--	---

PAKIET III: świadczenia zdrowotne w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich

Poradnia Chirurgii ogólnej	Świadczenia w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich	ul. Nowowiejska 31/Nowowiejska 10 Liczba lekarzy: 1-2	<p>Stawka za jednego przyjętego pacjenta z zakresu Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich – wartość oczekiwana zł za konsultację chirurgiczną Liczba konsultacji w okresie trwania umowy: ul. Nowowiejska 31/Nowowiejska 10 – 1300 konsultacji</p>
-----------------------------------	---	---	---

Zakres badań zgodny z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 607) oraz z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 stycznia 2018r. w sprawie orzekania o potrzebie udzielania nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia (DZ. U. 2021 r., poz. 2238). Lekarz medycyny pracy po uzgodnieniu z Zamawiającym może zlecić dodatkowe konsultacje specjalistyczne oraz badania diagnostyczne i analityczne, jeżeli stwierdzi, że jest to niezbędne dla prawidłowej oceny stanu zdrowia osoby badanej.

11. Deklaruję możliwość wypracowania w ramach świadczeń zdrowotnych NFZ;

- jednostek rozliczeniowych **specjalistycznych min.** w ilości..... w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul.
- jednostek rozliczeniowych **specjalistycznych max.** w ilości..... w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul.....

- jednostek rozliczeniowych specjalistycznych **pierwszorazowych min.** w ilości w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul.....
- jednostek rozliczeniowych specjalistycznych **pierwszorazowych max.** w ilościw ciągu miesiąca w Przychodni przy ul.....
- jednostek rozliczeniowych **zabiegowych min.** w ilości..... w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul.
- jednostek rozliczeniowych **zabiegowych max.** w ilości..... w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul.....
- jednostek rozliczeniowych **onkologicznych min.** w ilości..... w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul.
- jednostek rozliczeniowych **onkologicznych max.** w ilości..... w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul.....

- Deklaruję przyjęcia pacjentów co minut.

14. Deklarujęilość konsultacji specjalistycznych **w ramach świadczeń zdrowotnych z zakresu Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Wojskowych** w trakcie trwania umowy.

- Deklaruję przyjęcia pacjentów co minut.

Ceny podane w formularzu ofertowym, są cenami niezmiennymi, obowiązującymi do końca trwania umowy. Ceny nie podlegają zmianie ani negocjacji.

11. Przyjmujący zamówienie dokonuje podpisania umowy zgodnie z treścią szczegółowych istotnych warunków zamówienia.

12. Z wybranym Oferentem zostanie podpisana umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodna w treści ze wzorem załączonym do SWKO w terminie: **od. do.....**

13. Podmioty gospodarcze posiadające na dzień składania ofert umowę kontraktową o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze Specjalistyczną Przychodnią Lekarską dla Pracowników Wojska SPZOZ w Warszawie biorące udział w postępowaniu będą mogły podpisać nową umowę, jeżeli złożona obecnie oferta będzie korzystniejsza dla Przychodni pod względem finansowym i zabezpieczenia świadczeń.

14. W przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie ma ważną umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, której termin i zakres pokrywałyby się z niniejszą umową i postanowienia niniejszej umowy są korzystne lub neutralne dla Udzielającego zamówienie w stosunku do tej ważnej umowy, to Strony postanawiają, że umowa Nr..... z dniarozwiązuje się w całości na mocy porozumienia stron w przeddzień rozpoczęcia obowiązywania niniejszej umowy tj. z dniem.....r

15. W przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie ma ważną umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, której termin i zakres pokrywałyby się z niniejszą umową i postanowienia niniejszej umowy są niekorzystne dla Udzielającego zamówienia w stosunku do tej ważnej umowy, to Strony postanawiają, że umowa niniejsza zaczyna obowiązywać po dniu wygaśnięcia obowiązywania umowy Nr z dnia.....tj. niniejsza umowa zaczyna obowiązywać z dniem.....r.

16. Strony umowy mogą w drodze porozumienia stron zmienić umowę pod warunkiem, że zmiana będzie korzystna lub neutralna dla Udzielającego zamówienia. Cena jednostkowa usługi nie może zostać podwyższona przez cały okres trwania umowy. Zmiany te nie mogą naruszać art. 27 ust. 5 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn.zm.).

17. W przypadku, w której Przyjmujący zamówienie ma zawartą inną ważną umowę z Udzielającym zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych dopuszcza się wykonywanie niniejszej umowy również w godzinach wskazanych w poprzednio zawartej ważnej umowie, której termin obowiązywania częściowo lub całkowicie pokrywa się niniejszą umową, pod warunkiem oświadczenia przez Przyjmującego

zamówienie w ofercie, że wykonywanie niniejszej umowy nie wpłynie niekorzystnie na wykonanie poprzednio zawartej umowy i Przyjmujący zamówienie jest w stanie wykonać zobowiązania z obydwu umów, zgodnie z przepisami, w tym zgodnie z zapisami tych umów. W przypadku gdy Przyjmujący zamówienie został wybrany w postępowaniu dotyczącym niniejszej umowy i złożył powyższe oświadczenie, stanowiące **załącznik nr 6** do umowy, dopuszcza się wykonywanie obydwu umów i przepisów o wyborze jednej z umów wskazanych w ust. 14 i 15 nie stosuje się.

III. OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE o zapoznaniu się z przepisami prawnym.

1. Oświadczam, że zapoznałem(lam) się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.
2. Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.
3. Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 90 dni od daty upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, Prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numerów telefonu stacjonarnego i komórkowego, e - mail przez SPL dla PW SPZOZ w Warszawie dla potrzeb bieżącego konkursu ofert i realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Przychodni.
5. Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu wskazanego w ofercie w SPL dla PW SPZOZ w Warszawie nie udzielam innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w Przychodni.
6. Oświadczam, że nie toczy się przeciw mnie postępowanie dotyczące odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza.
7. Oświadczam, iż przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych, dostarczę polisę ubezpieczeniową i będę ją utrzymywał przez cały okres trwania umowy z Udzielającym Zamówienia.
8. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o nich Udzielającego Zamówienia
9. Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.
10. Oświadczam, że nie jestem podmiotem polegającym wykluczeniu w rozumieniu art.7 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspierania agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. 2022 poz.835)

.....
(miejscowość, data)
i pieczęć Oferenta)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)