

.....
(pieczęć oferenta)

**FORMULARZ
OFERTOWY**

1. Firma oferenta (pełna nazwa):

.....
.....

2. Forma prawna:

.....

3. Dokładny adres podmiotu zgodny z wpisem do odpowiedniego rejestru:

.....
.....

4. Tel.: E-mail:

5. Dokładny adres do korespondencji - podać tylko jeśli jest inny niż w pkt. 3:

.....

6. Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:

.....

7. Numer REGON: Numer NIP:

8. Nazwa banku i numer rachunku:

.....

9. Imiona i nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta w kontaktach zewnętrznych i posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowanych w imieniu podmiotu (zawierania umów):

.....
.....

10. Opis przedmiotu oferty (zgodny z ogłoszeniem o konkursie) - opisać w jakim zakresie medycznym Oferent będzie udzielał świadczeń zdrowotnych:

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

11. Miejsce realizacji zadania: wpisać Klinikę/Dział ŚCO, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne:

.....

12. Czas udzielania świadczeń przez Oferenta: Poniżej należy wpisać proponowany czas udzielania świadczeń zdrowotnych:

(w przypadku gdy Oferent jest zatrudniony na umowę o pracę, deklarowany przez niego czas udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnej nie może obejmować godzin świadczenia pracy określonych w umowie o pracę)

.....
.....

13. Oferta cenowa: Poniżej należy wpisać w punktach 1), 2), 3), 4), 5), 6) odpowiednio wartość wyrażoną w % i stawkę brutto w polskich złotych:

Proponowana cena:

- 1)zł brutto za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego Zamówienie.
- 2) zł brutto za godzinę pełnienia dyżuru „po telefonem”.
- 3)% wartości z wykonanej jako „główny operator” przez Przyjmującego Zamówienie procedury zabiegowej (z wykluczeniem procedury zabiegowej wymienionej w pkt. 5), wykonanej w ramach pobytu pacjenta w szpitalu, podlegającej rozliczeniu w ramach katalogu JGP, zakontraktowanej i ustalonej w umowie zawartej pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a Udzielającym Zamówienia, prawidłowo wykazanej do rozliczenia i poprawnie

zweryfikowanej przez NFZ, wyliczona jako iloczyn wyceny punktowej świadczenia w katalogu JGP oraz uśrednionej ceny za punkt rozliczeniowy w wysokości **1,40 zł brutto**.

- 4)% wartości z wykonanej jako „**asysta**” przez Przyjmującego Zamówienie procedury zabiegowej (z wykluczeniem procedury zabiegowej wymienionej w pkt. 6), wykonanej w ramach pobytu pacjenta w szpitalu, podlegającej rozliczeniu w ramach katalogu JGP, zakontraktowanej i ustalonej w umowie zawartej pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a Udzielającym Zamówienia, prawidłowo wykazanej do rozliczenia i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ, wyliczona jako iloczyn wyceny punktowej świadczenia w katalogu JGP oraz uśrednionej ceny za punkt rozliczeniowy w wysokości **1,40 zł brutto**.
- 5)% wartości z wykonanej jako „**główny operator**” przez Przyjmującego Zamówienie procedury zabiegowej, wykonanej w ramach pobytu pacjenta w szpitalu, podlegającej rozliczeniu w ramach grupy JGP: *C01 - Rozległe operacje nowotworów jamy ustnej, gardła i krtani z rekonstrukcją**, zakontraktowanej i ustalonej w umowie zawartej pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a Udzielającym Zamówienia, prawidłowo wykazanej do rozliczenia i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ. Wartość ta dotyczy przypadków wykonywania zabiegów kompleksowego, radykalnego wycięcia raka w zakresie jamy ustnej/języka/gardła, z jednoczasowym wycięciem węzłów chłonnych i rekonstrukcją, w tym z zespoleniem mikrochirurgicznym, podczas których występuje więcej niż jeden pełen zespół operacyjny (trzech pierwszych operatorów w ramach jednego zabiegu). Wskazana powyższej wartość procentowa jest wyliczana z iloczynu wyceny punktowej świadczenia w katalogu JGP oraz uśrednionej ceny za punkt rozliczeniowy w wysokości **1,40 zł brutto**.
- 6)% wartości wykonanej jako „**asysta**”, przez Przyjmującego Zamówienie procedury zabiegowej, wykonanej w ramach pobytu pacjenta w szpitalu, podlegającej rozliczeniu w ramach grupy JGP: *C01 - Rozległe operacje nowotworów jamy ustnej, gardła i krtani z rekonstrukcją**, zakontraktowanej i ustalonej w umowie zawartej pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a Udzielającym Zamówienia, prawidłowo wykazanej do rozliczenia i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ. Wartość ta dotyczy przypadków wykonywania zabiegów kompleksowego, radykalnego wycięcia raka w zakresie jamy ustnej/języka/gardła, z jednoczasowym wycięciem węzłów chłonnych i rekonstrukcją, w tym z zespoleniem mikrochirurgicznym, podczas których występuje więcej niż jeden pełen zespół operacyjny (sześciu asystentów w ramach jednego zabiegu). Wskazana powyższej wartość procentowa jest wyliczana z iloczynu wyceny punktowej świadczenia w katalogu JGP oraz uśrednionej ceny za punkt rozliczeniowy w wysokości **1,40 zł brutto**.
- 7) W przypadku gdy, Przyjmujący Zamówienie wykonuje zabieg jako główny operator lub asysta w poszczególnych etapach zabiegu wartości wskazane w pkt 5 oraz pkt 6 sumują się, ale nie mogą przekroczyć łącznie 10 % wartości zabiegu wskazanego w pkt 5.

14. W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość i kompleksowość, dostępność, ciągłość) oświadczam, iż:

- 1) **W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia, oświadczam, że** (odpowiedź poprzez wpisanie „**TAK**” lub „**NIE**”):
 - a) w dniu złożenia oferty posiadam doświadczenie zawodowe w wykonywaniu zabiegów przy użyciu mikroskopu operacyjnego, endoskopu i endoskopowej kolumny operacyjnej w ramach danego zakresu świadczeń, którego dotyczy postępowanie **powyżej 5 lat**

b) w dniu złożenia oferty posiadam doświadczenie zawodowe w wykonywaniu zabiegów onkologicznych z rekonstrukcją mikronaczyniową w ramach danego zakresu świadczeń, którego dotyczy postępowanie **powyżej 2 lat**

2) Posiadam następujące specjalizacje zawodowe, dodatkowe kwalifikacje zawodowe: (specjalizacja/e, ukończone studia lub studia podyplomowe, certyfikaty, zaświadczenia):

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

3) W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuję się do udzielania świadczeń w następującym zakresie (**wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**):

a) wg harmonogramu ustalonego przez Udzielającego Zamówienie

b) wg harmonogramu zaproponowanego przez Oferenta w wskazanych przez niego terminach

.....

4) W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia, oświadczam, że będę realizował przedmiot umowy w okresie trwania: (**wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” oraz wpisać okres zawarcia umowy**):

a) nie mniej niż 6 miesięcy, jednak nie dłużej niż do dnia **31 stycznia 2026 roku**,
proszę podać okres na jaki Oferent deklaruje zawarcie umowy

.....

b) mniej niż 6 miesięcy, ale nie mniej niż 3 miesiące, **proszę podać okres na jaki Oferent deklaruje zawarcie umowy**

.....
data i czytelny podpis Oferenta

- 1) Oświadczam, że zapoznałem/am się z SWKO oraz spełniam warunki udziału.
- 2) Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO, stanowiącą załącznik nr 4* do SWKO.
- 3) Oświadczam, że zapoznałem/am się ze wzorem umowy, stanowiącym załącznik nr 6* do SWKO i w pełni go akceptuję.
- 4) Załączniki do oferty: (**zaznaczyć poniżej i złożyć** wymagane załączniki ze względu na formę prawną wykonywanej działalności):

☐ aktualny wydruk z CEIDG lub wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego,

- ☐ aktualny wydruk księgi rejestrowej z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL),
- ☐ dyplom ukończenia studiów wyższych medycznych na wydziale lekarskim,
- ☐ prawo wykonywania zawodu,
- ☐ dyplom uzyskania tytułu lekarza specjalisty,
- ☐ obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń (lub oświadczenie zgodnie z załącznikiem nr 3),
- ☐ aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarza (tzw. zdolność do pracy),
- ☐ oświadczenie zgodności danych przedkładanych przez oferenta pod rygorem odpowiedzialności (załącznik nr 2),
- ☐ oświadczenie o posiadanym doświadczeniu zawodowym przez oferenta pod rygorem odpowiedzialności (załącznik nr 5, jeśli dotyczy),
- ☐ zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego (KRK) o niekaralności.

***Uwaga do Formularza Ofertowego prosimy nie załączać załącznika nr 6 i załącznika nr 4.**

.....
data i czytelny podpis Oferenta

