

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA (Zadanie)
wpisać numer zadania na którego dotyczy oferta

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/5/2024** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej SPZOZ w Sanoku, w tym wykonywanie zabiegów z zakresu ortopedii, w ramach normalnej ordynacji szpitala i dyżurów medycznych, z podziałem na zadania.**

Zadanie 1 – Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej SPZOZ w Sanoku, w godzinach normalnej ordynacji, w tym wykonywanie zabiegów z zakresu ortopedii oraz w ramach dyżurów medycznych.

Zadanie 2 – Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej SPZOZ w Sanoku, w godzinach normalnej ordynacji, w tym wykonywanie zabiegów z zakresu ortopedii wraz z pełnieniem funkcji lekarza kierującego Oddziałem oraz w ramach dyżurów medycznych.

Zadanie 3 – Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej SPZOZ w Sanoku, w godzinach normalnej ordynacji, w tym wykonywanie zabiegów z zakresu ortopedii wraz z pełnieniem funkcji zastępcy lekarza kierującego Oddziałem oraz w ramach dyżurów medycznych.

DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA

Nazwa Oferenta	
REGON	
NIP	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica, nr lokalu	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Wpis do właściwego rejestru (nazwa i numer)	
Nr konta bankowego	
Numer prawa wykonywania zawodu	
Specjalizacja	
Informacje dodatkowe	

.....
data

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:

Wynagrodzenie (Cena):

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w godzinach normalnej ordynacji Szpitala (od godz. 7:30 do 15:05), a w przypadku zadania nr 2 i 3 także pełnienie odpowiednio funkcji lekarza kierującego Oddziałem lub jego zastępcy, oferuję **stawkę godzinową w wysokości: zł brutto** (słownie:)

2. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w ramach dyżuru w dni powszednie od 15:05 do 7:30 dnia następnego lub w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy od godz. 7:30 do 7:30 dnia następnego, oferuję **stawkę godzinową w wysokości: zł brutto** (słownie:)

3. Za wykonywanie zabiegów w godzinach normalnej ordynacji oferuję **stawkę zabiegową w wysokości: % od kwoty należnej według rozliczenia stosowanego przez Narodowy Funduszu Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia dla danej procedury (procent uwzględniający całościowy koszt uczestnictwa wszystkich członków lekarskiego zespołu zabiegowego) (nie więcej niż 20%)** (słownie:)

Za każdy przeprowadzony zabieg Przyjmującemu Zamówienie przysługiwać będzie wynagrodzenie **w wysokości odpowiedniego ułamku ww. procentu kwoty** należnej według rozliczenia stosowanego przez Narodowy Funduszu Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia dla danej procedury, w zależności od roli pełnionej w lekarskim zespole operacyjnym, tj.:

- 1) operator bez asysty – 10/10 stawki procentowej wskazanej w pkt. 4,
- 2) operator w układzie operator+asystent – 6/10 stawki procentowej wskazanej w pkt. 4,
- 3) asystent operatora w układzie operator+asystent – 4/10 stawki procentowej wskazanej w pkt. 4,
- 4) operator w układzie operator+asystent I+asystent II – 5/10 stawki procentowej wskazanej w pkt. 4,
- 5) pierwszy asystent w układzie operator+asystent I+asystent II – 3/10 stawki procentowej wskazanej w pkt. 4,
- 6) drugi asystent w układzie operator+asystent I+asystent II – 2/10 stawki procentowej wskazanej w pkt. 4.

Udział w zabiegu lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne, nie jest uwzględniany na cele ustalenia wysokości stawki procentowej za wykonany zabieg.

UWAGA – należy wypełnić wszystkie opcje dla stawki godzinowej i zabiegowej.

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

a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe.

b. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły, stopnie naukowe, certyfikaty, kursy specjalistyczne - udokumentowane)

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

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do realizacji przedmiotu zamówienia w dni powszednie w godzinach normalnej ordynacji we wskazanym poniżej minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

- 1. **co najmniej trzy dni** w tygodniu –
- 2. **co najmniej cztery dni** w tygodniu –

