

.....  
nazwa i pieczęć oferenta

## OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/32/2021** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych – zabiegów z zakresu ortopedii na Bloku Operacyjnym SPZOZ w Sanoku przez lekarza specjalistę.**

### 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:**

- 1) Za realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza Operatora (OPCJA SAMODZIELNY OPERATOR) na Bloku Operacyjnym w dni powszednie w godzinach ustalonych według harmonogramu w procencie\* – .....%

(słownie: ..... procent)

- 2) Za realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza Operatora (OPCJA OPERATOR + ASYSTENT) na Bloku Operacyjnym w dni powszednie w godzinach ustalonych według harmonogramu w procencie\* – .....%

(słownie: ..... procent)

- 3) Za realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza asystenta (OPCJA OPERATOR + ASYSTENT) na Bloku Operacyjnym w dni powszednie w godzinach ustalonych według harmonogramu w procencie\* – .....%

(słownie: ..... procent)

- 4) Za realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza Operatora (OPCJA OPERATOR + 2 ASYSTENTÓW) na Bloku Operacyjnym w dni powszednie w godzinach ustalonych według harmonogramu w procencie\* – .....%

(słownie: ..... procent)

- 5) Za realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza I asystenta (OPCJA OPERATOR + 2 ASYSTENTÓW) na Bloku Operacyjnym w dni powszednie w godzinach ustalonych według harmonogramu w procencie\* – .....%

(słownie: ..... procent)

- 6) Za realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza II asystenta (OPCJA OPERATOR + 2 ASYSTENTÓW) na Bloku Operacyjnym w dni powszednie w godzinach ustalonych według harmonogramu w procencie\* – .....%

(słownie: ..... procent)

\* Procent od kwoty należnej według rozliczenia stosowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia dla danej procedury; W/w stawki obejmują prowadzenie szkolenia praktycznego dla lekarzy Udzielającego Zamówienia w ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych.

**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, w szczególności oświadczam, iż posiadam doświadczenie w zakresie zabiegów stanowiących przedmiot postępowania, tj.:

- 1) doświadczenie w zabiegach alloplastyki stawu kolanowego i biodrowego jako główny operator,
- 2) doświadczenie w zabiegach artroskopii: kolana i barku,

jak również:

- 3) posiadam umiejętności wykonywania zabiegów rekonstrukcji jako główny operator:
  - kolano – ACL,
  - bark – szycie artroskopowe stożka rotatorów, szycie obrąbka,
  - dekompresja przestrzeni podbarkowej,
- 4) posiadam umiejętności wykonywania USG narządu ruchu,

które to doświadczenie i umiejętności udokumentuję na żądanie Udzielającego Zamówienia.

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 jeden dzień** w tygodniu – .....
2. **co najmniej dwa dni** w tygodniu – .....
3. **co najmniej trzy dni** w tygodniu – .....

d. W zakresie wymiaru – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do realizacji przedmiotu zamówienia we wskazanym poniżej minimalnym wymiarze (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”, a w przypadku odpowiedzi nr 3 dodatkowo dopisanie częstotliwości udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu):

1. **co najmniej raz** w miesiącu – .....
2. **co najmniej dwa razy** w miesiącu – .....
3. **więcej niż dwa razy** w miesiącu, tj. .... – .....

**Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.**

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres **24 miesięcy lub dłuższy, tj.**  
.....

W załączeniu przedkładam (zaznaczyć właściwe dla podmiotu składającego ofertę) :

1. **Załącznik nr 1** - Oświadczenie nr 1 – w zakresie ZUS, US
2. **Załącznik nr 2** - Oświadczenie nr 2 – w zakresie BHP, PPOŻ, medycyna pracy
3. **Załącznik nr 3** - Oświadczenie nr 3 – w zakresie działalności gospodarczej
4. **Załącznik nr 4** - Wykaz zabiegów
5. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
6. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
7. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń: prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, kserokopie poświadczające posiadanie dodatkowych kwalifikacji, specjalizacji, uprawnień, kursów.
8. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

.....  
data

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

**Niniejszym, oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, postanowieniami zawartymi w SWKO oraz Regulaminem konkursu. Oświadczam, że akceptuję i zobowiązuję się do przestrzegania i wykonywania zapisów zawartych w SWKO, załącznikach i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.
3. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
4. W momencie podpisania umowy dostarczę dokument potwierdzający, że podmiot jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej.
5. Akceptuję okres obowiązywania umowy. tj. min. 24 miesięcy od daty zawarcia umowy.
6. Akceptuję termin zapłaty wynoszący 21 dni od dnia dostarczenia Udzielającemu Zamówienia prawidłowo wystawionej faktury lub rachunku z wymaganymi załącznikami.
7. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej, przy poszanowaniu praw pacjenta.
8. Zobowiązuję się do prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

