

.....
pieczęć Oferenta

..... dnia

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chirurgii - Centrum Leczenia Kamicy oraz w Poradni Ortopedycznej SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie ortopedii i traumatologii, zwanymi dalej „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/53/2024

I. DANE OFERENTA

1. Imię i nazwisko Oferenta
2. Adres z kodem
3. tel. e-mail
4. NIP REGON
5. Nr dyplomu potwierdzającego ukończenie studiów
6. Nr prawa wykonywania zawodu
7. Nr dyplomu specjalizacji
8. PESEL, Data urodzenia

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie Świadczeń Zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chirurgii - Centrum Leczenia Kamicy oraz w Poradni Ortopedycznej SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie ortopedii i traumatologii, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia stanowiącym Załącznik nr 2 do SWKO, na zasadach określonych w SWKO i umowie, której wzór stanowi Załącznik nr 3 do SWKO.

III. WARTOŚĆ OFERTY

Oferuję cenę:

- a) za udzielenie świadczeń zdrowotnych **w Poradni Ortopedycznej** % wartości poprawnie rozliczonych/sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia jednostkowych produktów rozliczeniowych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obliczonej zgodnie aktualnie obowiązującymi zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz aktualnie obowiązującą umową pomiędzy Samodzielnym Zespołem Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, a Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w części dotyczącej następujących zakresów świadczeń opieki zdrowotnej: świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci, świadczenia zabiegowe w ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci -zakres skojarzony z 02.1581.001.02, świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci - ze wskazań nagłych, świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci - świadczenia pierwszorazowe,
- b) za udzielenie świadczeń zdrowotnych **w Poradni Ortopedycznej** na rzecz pacjenta nieuprawnionego do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, któremu udzielono świadczeń w trybie nagłym w wysokości, jaka przysługiwałaby przyjmującemu zamówienie w sytuacji, gdyby pacjent posiadał prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czyli zgodnie lit. a)

- c) za wykonane zabiegi operacyjne w wysokości:
- PZH04 duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy < 18 r.ż.: zł
- PZH05 średnie zabiegi na kończynie dolnej <18 r.ż.: zł
- PZH06 duże zabiegi na kończynie górnej < 18 r.ż.: zł
- PZH07 średnie zabiegi na kończynie górnej <18 r.ż.: zł
- PZH09 złamania lub zwichnięcia w obrębie miednicy lub kończyny dolnej <18 r.ż.: zł
- PZH10 złamania lub zwichnięcia w obrębie kończyny górnej < 18 r.ż.: zł
- PZH11 mniejsze złamania lub zwichnięcia < 18 r.ż.: zł
- PZH12 średnie zabiegi na tkankach miękkich < 18 r.ż.: zł
- PZH13 mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich <18 r.ż.: zł
- PZH14 zabiegi rekonstrukcyjne deformacji układu kostno-stawowego < 18 r.ż.: zł
- d) za wykonane zabiegi operacyjne nie objęte wyżej wymienionymi JGP (Jednorodnymi Grupami Pacjentów) w wysokości% iloczynu liczby punktów poprawnie sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia produktów jednostkowych (JGP) określonych w katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów będących załącznikiem do aktualnie obowiązującego Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne oraz ceny za punkt wynikającej z umowy zawartej pomiędzy Samodzielnym Zespołem Publicznym Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym a Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie świadczeń Chirurgia Dziecięca Hospitalizacja w danym okresie rozliczeniowym,
- e) za wykonane zabiegi operacyjne, w przypadku objęcia danego świadczeniobiorcy, u którego został wykonany zabieg operacyjny, wnioskiem o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń w rozumieniu przepisów wynikających z zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (Sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia, którego koszt przekracza wartość zdefiniowaną w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne) w wysokości określonej w lit. c) dla JGP ujętego we wniosku o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń, a w przypadku JGP ujętego we wniosku o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń a nie wymienionego w lit. c) w wysokości określonej zgodnie z lit d),
- f) za wykonane zabiegi operacyjne na rzecz pacjenta nieuprawnionego do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych hospitalizowanego w trybie nagłym w wysokości, jaka przysługiwałaby przyjmującemu zamówienie w sytuacji, gdyby pacjent posiadał prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czyli zgodnie lit. c) lub lit. d).

IV. ISTOTNE WARUNKI UMOWY

1. Oświadczam, że akceptuję i nie zgłaszam zastrzeżeń do postanowień zawartych we wzorze umowy, stanowiącym Załącznik nr 3 do SWKO i zobowiązuję się do zawarcia umowy na wskazanych warunkach i w terminie określonym przez Udzielającego Zamówienia.
2. Oświadczam, że posiadam wszystkie odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz, że prawo do wykonywania zawodu lekarza nie zostało zawieszone.
3. Oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz szkolenie w zakresie BHP.

4. Oświadczam, że oferowane świadczenia będą wykonywane przeze mnie osobiście, na poziomie zgodnym z przyjętymi u Udzielającego Zamówienia standardami oraz z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP.
5. Oświadczam, że posiadam zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na upublicznienie moich danych osobowych (nazwę/firmę lub imię i nazwisko) w rozstrzygnięciu konkursu ofert na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia.
7. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej lub zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem umowy przed zawarciem umowy. Zobowiązuję się do dostarczenia kopii polisy Udzielającemu Zamówienia najpóźniej w dniu poprzedzającym zawarcie umowy.
8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych **min. godzin** w miesiącu, w terminach wyznaczonych wg harmonogramu ustalonego przez Udzielającego Zamówienia.

V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ogólnymi warunkami umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że w okresie ostatnich pięciu lat poprzedzających termin składania ofert w niniejszym konkursie SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym nie rozwiązał ze mną umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Termin ważności oferty wynosi 30 dni od terminu składania ofert.

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

1. Dokument stwierdzający wpis do Rejestru Praktyk Zawodowych lub oświadczenie o założeniu wniosku o rejestrację praktyki w OIL (zaświadczenie pobrane on-line),
2. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (zaświadczenie on-line),
3. Kserokopia dyplomu uzyskania tytułu lekarza,
4. Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza,
5. Kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe, w tym dyplom specjalizacji, kursów.
6. Kserokopia certyfikatu Kursu Ochrony Radiologicznej Pacjenta
7. Kserokopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub pisemne zobowiązanie się oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej OC przed zawarciem umowy na udzielanie świadczeń,
8. Kserokopia aktualnego orzeczenia lekarskiego wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych wystawione przez lekarza medycyny pracy posiadającego przeszkolenie w jednostce badawczo-rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy w zakresie badań profilaktycznych pracowników narażonych na działanie promieniowania jonizującego (lekarz z uprawnieniami do wystawiania orzeczeń lekarskich z tzw. „J”),
9. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o szkoleniu w zakresie BHP,
10. Kserokopia zaświadczenia o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego,
11. Oświadczenie Oferenta o zamieszkiwaniu w ciągu ostatnich 20 lat w krajach, innych niż Rzeczpospolita Polska oraz o posiadaniu obywatelstwa, wg załącznika nr 4 do SWKO. W przypadku zamieszkiwania/posiadania innego obywatelstwa – zaświadczenie o niekaralności z danego kraju,
12. Oświadczenie oferenta, że kopie złożone w ofercie są zgodne z posiadanymi oryginałami,
13. CV.

podpis osoby umocowanej do reprezentowania Oferenta