

.....
pieczęć Oferenta

..... dnia

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chirurgii – Centrum Leczenia Kamicy oraz w Poradni Otolaryngologicznej, oraz wykonywaniem zabiegów na Bloku Operacyjnym, jak również w innych komórkach organizacyjnych SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej, zwanych dalej „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/3/2025

I. DANE OFERENTA – (w przypadku przedsiębiorcy wpisanego do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej)

1. Imię i nazwisko Oferenta

.....

2. Adres z kodem

.....

3. NIP REGON

4. tel. e-mail

5. Nr dyplomu potwierdzającego ukończenie studiów

6. Nr prawa wykonywania zawodu

7. Nr dyplomu specjalizacji

8. PESEL, Data urodzenia

I. DANE OFERENTA – (w przypadku przedsiębiorcy wpisanego do KRS)

1. Nazwa przedsiębiorcy

.....

2. Siedziba przedsiębiorcy

.....

3. NIP REGON

4. Sąd Rejonowy

.....

5. Numer KRS

6. tel. e-mail

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chirurgii – Centrum Leczenia Kamicy w Poradni Otolaryngologicznej oraz wykonywaniem zabiegów na Bloku Operacyjnym jak również w innych komórkach organizacyjnych SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie chirurgii szczękowo- twarzowej („świadczenia zdrowotne”), 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 Otolaryngologicznej** w wysokości zależnej od rodzaju wykonanych porad:

– porada recepturowa kod W02:	 zł
– porada podstawowa kod W11 i W01:	 zł
– porada specjalistyczna kody od W12 do W20:	 zł
– porada zabiegowa wszystkie świadczenia zabiegowe:	 zł

według zatwierdzonego przez Udzielającego Zamówienia harmonogramu i sprawozdania uwzględniającego datę i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych;

- b) za **wykonane zabiegi operacyjne** w wysokości:

PZC02 Duże zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani < 18 r.ż. *	 zł
PZC05 Kompleksowe zabiegi szczękowo-twarzowe < 18 r.ż. *	 zł
PZC06 Duże zabiegi szczękowo-twarzowe < 18 r.ż. *	 zł
PZC07 Średnie zabiegi szczękowo-twarzowe < 18 r.ż. *	 zł

- c) 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 Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym a Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie świadczeń Chirurgia Dziecięca Hospitalizacja w danym okresie rozliczeniowym,

- d) 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. b) 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 lit. b) w wysokości określonej z zgodnie lit. c),

- e) 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. b) lub lit. c).

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 uprawnienia niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu specjalistycznych usług medycznych będących przedmiotem konkursu/dysponuję potencjałem kadrowym do wykonywania przedmiotu umowy, który posiada uprawnienia niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu specjalistycznych usług medycznych będących przedmiotem konkursu.
3. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej prawidłowe wykonanie przedmiotu konkursu, w tym nie zalegam w opłacaniu składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz podatków i opłat.
4. Oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz szkolenie w zakresie BHP.
5. Oświadczam, że oferowane świadczenia będą wykonywane przeze mnie osobiście¹/ w ramach prowadzonej działalności leczniczej podmiotu w rozumieniu art. 26 ust. 1 – 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), posiadającego zasoby kadrowe osoby/-osób posiadających kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza oraz udokumentowane kwalifikacje w zakresie chirurgii szczękowej w szczególności posiadająca specjalizację w zakresie otolaryngologii i tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii szczękowej lub tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej², na poziomie zgodnym z przyjętymi u Udzielającego Zamówienia standardami oraz z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p. poz., BHP.
6. Oświadczam, że posiadam zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego dotyczące mnie osobiście, lub osób, o których mowa w pkt 5 powyżej.
7. Oświadczam, że wyrażam zgodę na upublicznienie moich danych osobowych (nazwę/firmę lub imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania) w rozstrzygnięciu konkursu ofert na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia.
8. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie - polisę obowiązkowego ubezpieczenia OC lub pisemne zobowiązanie się oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, również w zakresie odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV i WZW, za szkody wyrządzone przy udzielaniu lub zaniechaniu udzielania świadczeń zdrowotnych, na sumę ubezpieczenia nie niższą niż 100 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia, na okres ich udzielania;
9. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych wg harmonogramu uzgodnionego z Udzielającym Zamówienia.

¹ Niepotrzebne skreślić

² jw.

V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU

1. Oświadczam, że zapoznałem się z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie dotyczącym udzielania zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ogólnymi warunkami umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
3. 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.
4. Termin ważności oferty wynosi 30 dni od terminu składania ofert.

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

1. Dokument stwierdzający wpis do Rejestru Indywidualnych Praktyk Lekarskich 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 polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub pisemne zobowiązanie się oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej OC przed zawarciem umowy na udzielanie świadczeń,
7. Kserokopia aktualnego orzeczenie lekarskie wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych wystawione przez lekarza medycyny,
8. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o szkoleniu w zakresie BHP,
9. Kserokopia zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego,
10. Oświadczenie Oferenta o zamieszkiwaniu w ciągu ostatnich 20 lat w krajach, innych niż Rzeczpospolita Polska oraz o posiadanym obywatelstwie, wg załącznika nr 4 do SWKO. W przypadku zamieszkiwania/posiadania innego obywatelstwa – zaświadczenie o niekaralności z danego kraju,
11. Oświadczenie oferenta, że kopie złożone w ofercie są zgodne z posiadanymi oryginałami,
12. CV.

podpis osoby umocowanej do reprezentowania Oferenta