Załącznik nr 1

Znak sprawy: KJ.272/K/4/2022

Wykaz świadczeń medycznych – **formularz cenowy**.

Przedmiotem zamówienia jest usługa w zakresie wykonywania administracyjnych sekcji zwłok (autopsji) w ramach specjalizacji patomorfologicznej w ilości godzin i cenie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L. p. | Rodzaj świadczenia | Szacowana ilość  badań do wykonania  w ramach umowy na okres 12 m-cy | Szacowana cena badania | Szacowana wartość  zamówienia |
| 1. 1 | Badanie patomorfologiczne / administracyjna sekcja zwłok (autopsja) z pobraniem  wycinków. | 24 |  |  |
| Ogółem | | | |  |

Wymagania:

1. Doświadczenie w wykonywaniu administracyjnych sekcji zwłok (autopsji) w ramach specjalizacji patomorfologicznej.

2. W przypadku świadczenia usługi medycznej u Wykonawcy, odległość pomiędzy siedzibą   
 Zamawiającego i miejscem świadczonia usług nie może być większa niż 30 km.

……………………………………………………

Podpis i pieczęć osoby/osób  
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie

Załącznik nr 2

Znak sprawy: KJ.272/K/4/2022

……………………………………………

*Pieczęć firmowa Oferenta*

*Miejscowość …………….............…. dnia ………………*

**FORMULARZ OFERTOWY**

Oferta

dla Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej   
im. dr. Janusza Daaba

w Piekarach Śląskich, ul. Bytomska 62, 41-940 Piekary Śląskie

**I. DANE OFERENTA:**

Nazwa Oferenta ……….

Siedziba Oferenta ……….

NIP Regon ……….

Tel. e-mail: ……….

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**II. TERMIN REALIZACJI:**

Od daty zawarcia na okres 12 miesięcy.

**III. CENA:**

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia   
na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu KJ.272/K/4/2022   
w zakresie wykonywania administracyjnych sekcji zwłok (autopsji) w ramach specjalizacji patomorfologicznej za cenę łączną (zgodnie z sumą z zał. nr 1 do SWK):

…........................................… (słownie) ….  
w okresie obowiązywania umowy.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że cena brutto oferty stanowi wartość pomocniczą do porównania ofert, maksymalną wartość umowy określa Zamawiający w treści umowy, ceny jednostkowe przyjęte do wyliczenia ceny brutto oferty stanowią podstawę rozliczeń między Stronami.

**IV.** W przypadku świadczenia usługi medycznej u Oferenta oświadczam, że konsultacje będą wykonywane w …………………………………………………………………………….. (podaj adres) tj. odległość miejsca wykonywania świadczeń od siedziby Zamawiającego (w km) wynosi ……………………… .

**V. JAKOŚĆ:**

Dane personelu odpowiedzialnego za realizację zadania będącego przedmiotem konkursu:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe | Doświadczenie  zawodowe – ilość lat pracy specjalisty  w zakresie objętym przedmiotem zamówienia | Rola w realizacji zadania |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |

Minimalna liczba osób udzielających świadczenie zdrowotne ………………… .

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium jakość:

* Ilość osób wykonujących usługę z doświadczeniem min. 5 lat – większa lub równa 1   
  – 100 pkt.
* Ilość osób wykonujących usługę z doświadczeniem min. 5 lat – mniejsza niż 1 – 0 pkt.

**VI. KOMPLEKSOWOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **L. p.** | **Posiadane specjalizacje** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość:

* Specjalizacja z więcej niż jednej dziedziny medycyny – 100 pkt.
* Specjalizacja z jednej dziedziny medycyny – 0 pkt.

**VII. DOSTĘPNOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dni udzielania świadczeń zdrowotnych** | **Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych**  **od – do** |
| Poniedziałek |  |
| Wtorek |  |
| Środa |  |
| Czwartek |  |
| Piątek |  |
| Sobota |  |
| Niedziela |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium dostępność:

* Dostępność przez 7 dni w tygodniu – 100 pkt.
* Dostępność mniejsza niż 7 dni w tygodniu – 0 pkt.

**VIII. CIĄGŁOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejsce wykonywania świadczeń** | **Należy postawić znak X  w odpowiedniej rubryce.** |
| W miejscu wskazanym przez Zamawiającego. |  |
| Poza miejscem wskazanym przez Zamawiającego. |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium ciągłość:

* Świadczenie medyczne w miejscu wskazanym przez Zamawiającego – 100 pkt.
* Świadczenie medyczne poza miejscem wskazanym przez Zamawiającego – 0 pkt.

**IX. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:**

1. Sposób przyjmowania zgłoszeń: ……………………………………………………………..

2. Przewidywany czas oczekiwania:

Świadczenie winno być wykonywane w terminie nie dłuższym niż 48 godzin od zgłoszenia.

normalny ………………………………………………………..

cito ………………………………………………………..

3. Osoby odpowiedzialne za realizację zamówienia oraz nr telefonu kontaktowego:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**X. OŚWIADCZENIE:**

Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu rozpatrzenia mojej oferty oraz zawarcia ewentualnej umowy, w związku   
z niniejszym postępowaniem.\*\*

\* rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych   
 i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE,

\*\* w przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa.

**XI. OŚWIADCZENIE:**

Oświadczamy, że zgodnie z ustawą z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców stanowimy\*:

* mikroprzedsiębiorstwo,
* przedsiębiorstwo małe,
* przedsiębiorstwo średnie,
* przedsiębiorstwo duże.

\*zakreślić właściwe

Powyższe oświadczenie wynika z Zalecenia Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczącego definicji mikro, małych i średnich przedsiębiorstw.   
Ww. informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

a) Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób   
 i którego roczny obrót i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

b) Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób   
 i którego roczny obrót i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

c) Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, **które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami** i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** i/lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 43 milionów EUR**.

d) **Duże** przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa nie ujęte powyżej, które **zatrudniają więcej niż 250 osób** i których **roczny obrót przekracza 50 milionów EUR** i/lub roczna suma bilansowa **przekracza 43 milionów EUR**.

*\*\* Pkt. III – XI należy wypełnić w razie potrzeby według wzoru powyższej – powielić tyle razy, do ilu pakietów oferent przystępuje.*

……………………………………………………

Podpis i pieczęć osoby/osób  
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie

Załącznik nr 3 do SWK

Znak sprawy: KJ.272/K/4/2022

**OŚWIADCZENIA OFERENTA**

I. Przystępując do konkursu ofert na **zabezpieczenie świadczenia usług medycznych   
 z zakresu wykonywania administracyjnych sekcji zwłok (autopsji) w ramach specjalizacji patomorfologicznej** oświadczam, że zapoznałem się z ogłoszeniem o w/w konkursie ofert oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu (SWK) i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

II. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą na okres 30 dni od terminu składania ofert wskazanego w ogłoszeniu o konkursie.

III. Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w SWK i w ofercie wg wzoru przedstawionego przez Zamawiającego.

IV. Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń medycznych, oświadczam, że:

1. wszystkie umowy zawarte z podmiotami leczniczymi w zakresie objętym przedmiotem zamówienia były i są realizowane przez ………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………. *(nazwa Wykonawcy)* należycie,

2. w ciągu ostatnich 5 lat, nie wnoszono wobec ……………………………………………………………..

*……………………………………………………………………………………………………………………………………. (nazwa Wykonawcy)*, skarg odnoszących się do realizacji umów z podmiotami leczniczymi.

V. Oświadczam, że w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, nie została rozwiązana ze mną przez Oddział Wojewódzki Funduszu Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po mojej stronie.

VI. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

VII. Oświadczam, że nie zalegam w płaceniu podatków, opłat i składek na ubezpieczenie.

VIII. Oświadczam, iż akceptuję wymagania Zamawiającego określone w Szczegółowych Waunkach Konkursu i przyjmując zamówienie zobowiązuję się do ich spełnienia.

IX. Oświadczam, iż przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych przeze mnie wykonywanych.

X. Oświadczam, iż posiadam pozytywną opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1 Ustawy  
 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jeżeli opinia taka jest dla takiego podmiotu wymagana.

……………………………………………………

Podpis i pieczęć osoby/osób  
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie