Załącznik nr 2

Znak sprawy: KJ.272/K/5/2022

……………………………………………

*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 24 miesięcy.

**III. Rola w realizacji zadania:** ……………………………………………………………………………………………...

**IV. CENA:**

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia   
na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu KJ.272/K/5/2022   
w zakresie zabezpieczenia świadczenia usług medycznych przez lekarza asystenta Oddziału Rehabilitacyjnego w Kochcicach 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.

**V. JAKOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Doświadczenie zawodowe: liczba lat pracy lekarza specjalisty w ośrodku / oddziale / przychodni rehabilitacji  lub balneologii w zakresie objętym przedmiotem zamówienia** | **Należy postawić znak X  w odpowiedniej rubryce.** |
| do 5 lat |  |
| 5 lat i więcej |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium jakość:

* Doświadczenie min. 5 lat w ośrodku / oddziale / przychodni rehabilitacji lub balneologii   
   –100 pkt.
* Doświadczenie poniżej 5 lat w ośrodku / oddziale / przychodni rehabilitacji lub balneologii – 0 pkt.

**VI. KOMPLEKSOWOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kwalifikacje zawodowe** | **Należy postawić znak X  w odpowiedniej rubryce.** |
| Specjalizacja z zakresu rehabilitacji. |  |
| Specjalizacja z zakresu balneologii i medycyny fizykalnej. |  |
| Specjalizacja z zakresu reumatologii. |  |
| Specjalizacja z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu. |  |
| Specjalizacja z zakresu chorób wewnętrznych. |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość:

* Specjalizacja z rehabilitacji lub balneologii i medycyny fizykalnej lub reumatologii  
   – 100 pkt.
* Brak specjalizacji z rehabilitacji lub balneologii i medycyny fizykalnej lub reumatologii  
   – 0 pkt.

**VII. DOSTĘPNOŚĆ:**

Odległość siedziby Wykonawcy od Zamawiającego (w km) wynosi ……………………… .

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium dostępność:

* Siedziba Wykonawcy do 30 km od Ośrodka Zamawiającego Kochanowice Kochcice,  
   ul. Zamkowa 1 –100 pkt.
* Siedziba Wykonawcy powyżej 31 km od Ośrodka Zamawiającego Kochanowice Kochcice, ul. Zamkowa 1 – 0 pkt.

**VIII. CIĄGŁOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Znajomość systemu HIS Mediqus** | **Należy postawić znak X  w odpowiedniej rubryce.** |
| Tak |  |
| Nie |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium ciągłość:

* Znajomość obsługi HIS Mediqus – 100 pkt.
* Brak znajomości obsługi HIS Mediqus – 0 pkt.

**IX.** Minimalna liczba osób udzielających świadczenie zdrowotne:

**Jedna osoba.**

**X. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:**

- Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

Do dyspozycji: ………………………………………, jednakże zgodnie z harmonogramem w oddziale.

- Sposób przyjmowania zgłoszeń: …………………………………………………………………………………………...

- Osoby odpowiedzialne za realizację zamówienia oraz nr telefonu kontaktowego:

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

**XI. OŚWIADCZENIE:**

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

* 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