Załącznik nr 1

Znak sprawy: KJ.272/K/8/2022

Wykaz świadczeń medycznych – **formularz cenowy**.

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

**PAKIET nr 1**

Usługi medyczne w zakresie zabiegów i badań specjalistycznych przez 24 miesiące:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj świadczenia usługi** | **Ilość szacunkowa**  **na 24 miesiące** | **Szacowana cena jednostkowa  usługi** | **Wartość** |
| 1 | Gastroskopia | 10 |  |  |
| 2 | Gastroskopia z testem | 10 |  |  |
| 3 | Gastroskopia z wycinkiem  i badaniem histopatologicznym | 10 |  |  |
| 4 | Rectoskopia | 10 |  |  |
| 5 | Kolonoskopia z wycinkiem | 10 |  |  |
| 6 | Kolonoskopia | 10 |  |  |
| 7 | Polipectomia | 10 |  |  |
| 8 | Znieczulenie dożylne do badania endoskopowego | 30 |  |  |
| 9 | Przezskórna gastrostomia PEG | 10 |  |  |
| **RAZEM** | | | |  |

……………………………………………………

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

**PAKIET nr 2**

Usługi medyczne w zakresie zabiegów i badań specjalistycznych przez 24 miesiące:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj świadczenia usługi** | **Ilość szacunkowa**  **na 24 miesiące** | **Szacowana cena jednostkowa  usługi** | **Wartość** |
| 1 | Endoskopowe opanowanie krwawienia  – odcinek górny | 10 |  |  |
| 2 | Endoskopowe opanowanie krwawienia  – odcinek dolny | 10 |  |  |
| 3 | Usunięcie ciała obcego | 10 |  |  |
| 4 | Pozostawanie w gotowości | 24 |  |  |
| **RAZEM** | | | |  |

……………………………………………………

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

Załącznik nr 2

Znak sprawy: KJ.272/K/8/2022

……………………………………………

*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. CENA:**

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia   
na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu KJ.272/K/8/2022   
na zabezpieczenie świadczenia usług medycznych z zakresu zabiegów i badań specjalistycznych **w zakresie pakietu nr …...\*** za cenę łączną (zgodnie z sumą z załącznika nr 1 do SWK):

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

\* Proszę uzupełnić numerem pakietu, do którego Oferent przystępuje.

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. JAKOŚĆ:**

Dane personelu odpowiedzialnego za realizację zadania będącego przedmiotem konkursu:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L. p. | Imię, nazwisko osoby biorącej udział w realizacji zamówienia | Kwalifikacje zawodowe  – tytuł naukowy | Doświadczenie zawodowe – ilość lat ptacy w zakresie objętym umową | Rola w realizacji zamówienia |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |

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

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium jakość **(PAKIET nr 1, 2)**:

* Co najmniej 1 osoba wykonująca usługę z tytułem naukowym dr. n. med. – 100 pkt.
* Brak wśród osób wykonujących usługę osoby z tytułem naukowym dr. n. med.   
  – 0 pkt.

**V. KOMPLEKSOWOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Doświadczenie personelu wykonującego zabiegi/badania** | **Należy postawić znak X  w odpowiedniej rubryce.** |
| Minimum 10 lat |  |
| Poniżej 10 lat |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość   
**(PAKIET nr 1, 2)**:

* Doświadczenie personelu wykonującego zabiegi/badania min. 10 lat – 100 pkt.
* Doświadczenie personelu wykonującego zabiegi/badania poniżej 10 lat – 0 pkt.

**VI. DOSTĘPNOŚĆ:**

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

a) **PAKIET nr 1**

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium dostępność:

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

b) **PAKIET nr 2  
Zamawiający wymaga dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych przez 7 dni   
w tygodniu.**

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium nr 4 – dostępność:

* Dostępność przez 24 h / dzień – 100 pkt.
* Dostępność mniejsza niż 24 h / dzień – 0 pkt.

**VII. CIĄGŁOŚĆ:**

Miejce wykonywania świadczenia: **siedziba Zamawiającego / siedziba Wykonawcy\***

\* zaznaczyć właściwe

W przypadku świadczenia usługi medycznej u Wykonawcy oświadczamy, że zabiegi / badania będą wykonywane w …………………………………………… (proszę podać adres) tj. odległość miejsca wykonywania badań od siedziby Zamawiającego (w km) wynosi ………… .

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium nr 5 – ciągłość **(PAKIET nr 1, 2)**:

* Wykonanie świadczenia w siedzibie Zamawiającego lub, w przypadku wykonywania świadczenia w siedzibie Wykonawcy, odległość miejsca wykonywania świadczenia   
  do 10 km od siedziby Zamawiającego: Piekary Śląskie, ul. Bytomska 62 – 100 pkt.
* Odległość miejsca wykonywania świadczenia powyżej 11 km od siedziby Zamawiającego: Piekary Śląskie, ul. Bytomska 62 – 0 pkt.

**VIII. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:**

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

2. Przewidywany czas oczekiwania:

**a) PAKIET nr 1**

| **L.p.** | **Rodzaj świadczenia** | **Normalny** | **Cito** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Gastroskopia |  |  |
| 2. | Gastroskopia z testem |  |  |
| 3. | Gastroskopia z wycinkiem i badaniem histopatologicznym |  |  |
| 4. | Rectoskopia |  |  |
| 5. | Kolonoskopia z wycinkiem |  |  |
| 6. | Kolonoskopia |  |  |
| 7. | Polipectomia |  |  |
| 8. | Znieczulenie dożylne do badania endoskopowego |  |  |
| 9. | Przezskórna gastrostomia PEG |  |  |

**b) PAKIET nr 2**

| **L.p.** | **Rodzaj świadczenia** | **Cito** |
| --- | --- | --- |
| 1. | Endoskopowe opanowanie krwawienia – odcinek górny |  |
| 2. | Endoskopowe opanowanie krwawienia – odcinek dolny |  |
| 3. | Usunięcie ciała obcego |  |

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

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

**IX. 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.

**X. 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 – X 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/8/2022

**OŚWIADCZENIA OFERENTA**

I. Przystępując do konkursu ofert na **zabezpieczenie świadczenia usług medycznych   
 z zakresu zabiegów i badań specjalistycznych** oświadczamy, że zapoznaliśmy się   
 z ogłoszeniem o w/w konkursie ofert oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu (SWK) i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.

II. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres 30 dni od terminu składania ofert wskazanego w ogłoszeniu o konkursie.

III. Oświadczamy, że w razie wyboru naszej oferty zobowiązujemy 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, oświadczamy, że:

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

2. w ciągu ostatnich 5 lat, nie wnoszono wobec nas skarg odnoszących się do realizacji umów z podmiotami leczniczymi.

V. Oświadczamy, że w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, nie została rozwiązana z nami 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. Oświadczamy, że znajdujemy się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia. Nie zostało wszczęte postępowanie o ogłoszenie upadłości, jak również nie została ogłoszona upadłość oraz firma nie jest w stanie likwidacji.

VII. Oświadczamy, że nie zalegamy w płaceniu podatków, opłat i składek na ubezpieczenie.

VIII. Oświadczamy, iż akceptujemy wymagania Udzielającego Zamówienia określone  
 w Szczegółowych Waunkach Konkursu i przyjmując zamówienie zobowiązujemy się do ich spełnienia.

IX. Oświadczamy, iż przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych przez nas wykonywanych.

X. Oświadczamy, iż posiadamy 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.

XI. Oświadczamy, że przyjęliśmy do wiadomości, iż administratorem danych osobowych zawartych w złożonej ofercie będzie Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich ul. Bytomska 62, 41-940 Piekary Śląskie, a także, że dane te przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania

o udzielenie świadczeń zdrowotnych, a w przypadku wyboru oferty w celu zawarcia   
 i realizacji umowy. Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Oświadczam, że zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści podanych danych i ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne w celu udziału w postępowaniu.

……………………………………………………

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