Załącznik nr 1

**Pakiet nr 1**

Znak sprawy: KJ.272/K/9/2022

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.

Przedmiotem zamówienia jest usługa w zakresie opieki medycznej – zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w zakresie konsultacji i badań specjalistycznych w ilości
i cenie:

**Pakiet nr 1**

Usług medyczne w zakresie konsultacji i badań specjalistycznych **w ramach specjalizacji kardiologicznej** przez 24 miesiące od zawarcia umowy.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L. p. | Rodzaj świadczenia | Liczba konsultacji do wykonaniaw ramach umowyna okres 24 m-cy | Cena konsultacji | Wartość zamówienia |
| 1. | Konsultacje i badania specjalistyczne w ramach specjalizacji kardiologicznej. | 120 |  |  |
| Ogółem |  |

……………………………………………………

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

Załącznik nr 1

**Pakiet nr 2**

Znak sprawy: KJ.272/K/9/2022

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.

Przedmiotem zamówienia jest usługa w zakresie opieki medycznej – zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w zakresie konsultacji i badań specjalistycznych w ilości
i cenie:

**Pakiet nr 2**

Usług medyczne w zakresie konsultacji i badań specjalistycznych **w ramach specjalizacji neurologicznej** przez 24 miesiące od zawarcia umowy.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L. p. | Rodzaj świadczenia | Liczba konsultacji do wykonaniaw ramach umowyna okres 24 m-cy | Cena konsultacji | Wartość zamówienia |
| 1. | Konsultacje i badania specjalistyczne w ramach specjalizacji neurologicznej. | 720 |  |  |
| Ogółem |  |

……………………………………………………

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

Załącznik nr 1

**Pakiet nr 3**

Znak sprawy: KJ.272/K/9/2022

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.

Przedmiotem zamówienia jest usługa w zakresie opieki medycznej – zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w zakresie konsultacji i badań specjalistycznych w ilości
i cenie:

**Pakiet nr 3**

Usług medyczne w zakresie konsultacji i badań specjalistycznych **w ramach specjalizacji okulistycznej** przez 24 miesiące od zawarcia umowy.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L. p. | Rodzaj świadczenia | Liczba konsultacji do wykonaniaw ramach umowyna okres 24 m-cy | Cena konsultacji | Wartość zamówienia |
| 1. | Konsultacje i badania specjalistyczne w ramach specjalizacji okulistycznej. | 72 |  |  |
| Ogółem |  |

……………………………………………………

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

Załącznik nr 1

**Pakiet nr 4**

Znak sprawy: KJ.272/K/9/2022

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.

Przedmiotem zamówienia jest usługa w zakresie opieki medycznej – zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w zakresie konsultacji i badań specjalistycznych w ilości
i cenie:

**Pakiet nr 4**

Usług medyczne w zakresie konsultacji i badań specjalistycznych **w ramach specjalizacji otolaryngologicznej** przez 24 miesiące od zawarcia umowy.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L. p. | Rodzaj świadczenia | Liczba konsultacji do wykonaniaw ramach umowyna okres 24 m-cy | Cena konsultacji | Wartość zamówienia |
| 1. | Konsultacje i badania specjalistyczne w ramach specjalizacji otolaryngologicznej | 48 |  |  |
| Ogółem |  |

……………………………………………………

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

Załącznik nr 1

**Pakiet nr 5**

Znak sprawy: KJ.272/K/9/2022

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.

Przedmiotem zamówienia jest usługa w zakresie opieki medycznej – zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w zakresie konsultacji i badań specjalistycznych w ilości
i cenie:

**Pakiet nr 5**

Usług medyczne w zakresie konsultacji i badań specjalistycznych **w ramach specjalizacji pediatrycznej wraz z kardiologią dziecięcą** przez 24 miesiące od zawarcia umowy.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L. p. | Rodzaj świadczenia | Liczba konsultacji do wykonaniaw ramach umowyna okres 24 m-cy | Cena konsultacji | Wartość zamówienia |
| 1. | Konsultacje i badania specjalistyczne w ramach specjalizacji pediatrycznej wraz z kardiologią dziecięcą. | 72 |  |  |
| Ogółem |  |

……………………………………………………

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

Załącznik nr 1

**Pakiet nr 6**

Znak sprawy: KJ.272/K/9/2022

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.

Przedmiotem zamówienia jest usługa w zakresie opieki medycznej – zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w zakresie konsultacji i badań specjalistycznych w ilości
i cenie:

**Pakiet nr 6**

Usług medyczne w zakresie konsultacji i badań specjalistycznych **w ramach specjalizacji psychiatrycznej** przez 24 miesiące od zawarcia umowy.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L. p. | Rodzaj świadczenia | Liczba konsultacji do wykonaniaw ramach umowyna okres 24 m-cy | Cena konsultacji | Wartość zamówienia |
| 1. | Konsultacje i badania specjalistyczne w ramach specjalizacji psychiatrycznej. | 192 |  |  |
| Ogółem |  |

……………………………………………………

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

Załącznik nr 1

**Pakiet nr 7**

Znak sprawy: KJ.272/K/9/2022

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.

Przedmiotem zamówienia jest usługa w zakresie opieki medycznej – zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w zakresie konsultacji i badań specjalistycznych w ilości
i cenie:

**Pakiet nr 7**

Usług medyczne w zakresie konsultacji i badań specjalistycznych **w ramach specjalizacji urologicznej** przez 24 miesiące od zawarcia umowy.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L. p. | Rodzaj świadczenia | Liczba konsultacji do wykonaniaw ramach umowyna okres 24 m-cy | Cena konsultacji | Wartość zamówienia |
| 1. | Konsultacje i badania specjalistyczne w ramach specjalizacji urologicznej. | 24 |  |  |
| Ogółem |  |

……………………………………………………

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

Załącznik nr 2

Znak sprawy: KJ.272/K/9/2022

……………………………………………

*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 umowy 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/9/2022
na zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w zakresie konsultacji 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 pracy 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:

* Doświadczenie min. 5 lat jako lekarz specjalista w zakresie specjalizacji zgodnej
z pakietem, do którego Oferent złożył ofertę – 100 pkt.
* Doświadczenie 4 lata lub mniej jako lekarz specjalista w zakresie specjalizacji zgodnej
z pakietem, do którego Oferent złożył ofertę – 0 pkt.

**VII. 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.

**VIII. DOSTĘPNOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dni udzielaniaświadczeń 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 przez 7 dni w tygodniu – 0 pkt.

**IX. CIĄGŁOŚĆ:**

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

\* zaznaczyć właściwe

W przypadku świadczenia usługi medycznej u Wykonawcy oświadczamy, że konsultacje / 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 ciągłość:

* 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.

**X. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:**

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

2. Przewidywany czas oczekiwania na konsultację / badanie:

normalny ………………………………………………………..

cito ………………………………………………………..

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

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

**XI. OŚWIADCZENIE:**

Oświadczam, że wypełniłem 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.

**XII. OŚWIADCZENIE:**

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

1. mikroprzedsiębiorstwo,
2. przedsiębiorstwo małe,
3. przedsiębiorstwo średnie,
4. 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 – XII 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