Załącznik nr 1

Znak sprawy: KJ.272/K/14/2022

Wykaz świadczeń medycznych – **formularz cenowy i wymagania:**

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług na zabezpieczenie świadczenia usług
medycznych w zakresie dyżurów techników elektroradiologii w Samodzielnym Publicznym
Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich w ilości i cenie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Rodzaj świadczenia usługi | Liczba godzin na 24 m-ce | Cena jednostkowaw zł | Wartość brutto w zł / 24 m-ce |
| 1. | Świadczenie usług medycznych przez technika elektroradiologii w ramach diagnostyki obrazowej i elektromedycznej. | Maksymalnie…………….… hz 5000 h |  |  |
|  | **RAZEM** |  |

Godziny pracy:

7.00 do 19.00 min. od poniedziałku do piątku.

Minimalna liczba osób udzielających świadczenie: 10 osób zgodnie z przyjętymi kryteriami oceny.

Miejsce wykonywania świadczeń:

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba
w Piekarach Śląskich, ul. Bytomska 62, 41-940 Piekary Śląskie.

**Wymagania:**

- Znajomość obsługi aparatury rentgenowskiej:

* aparat Polyrad Premium – cyfrowy,
* aparat Siemens Luminos – cyfrowy,
* aparat Siemens Ysio – cyfrowy,
* aparat przewoźny Mobilett – konwencjonalny,
* aparat przewoźny Elara Max – cyfrowy,
* aparat przewoźny Optima XR240 – cyfrowy.

- Znajomość obsługi aparatury EKG – umiejętność wykonywania badań EKG.

- Znajomość obsługi i konserwacji drukarek wielkoformatowych Codonics.

- Znajomość pełnego zakresu badań rentgenowskich ortopedycznych, umiejętność asystowania podczas wykonywania wstrzyknięć środka kontrastowego pod kontrolą monitora do badań artro.

- Umiejętność wykonywania badań przyłóżkowych na salach szpitalnych.

- Umiejętność obsługi systemu RIS – Alteris.

- Posiadanie aktualnych badań lekarskich.

- Posiadanie aktualnego kursu ORP.

**Zakres obowiązków technika elektroradiologii obejmuje w szczególności:**

- Obsługę aparatury rentgenowskiej.

- Obsługę aparatury EKG – umiejętność wykonywania badań EKG.

- Obsługę i konserwację drukarek wielkoformatowych Codonics.

- Asystowanie podczas wykonywania wstrzyknięć środka kontrastowego pod kontrolą monitora do badań artro.

- Wykonywanie i obróbkę badań orto.

- Wykonywanie badań przyłóżkowych na salach szpitalnych.

- Obsługę systemu RIS – Alteris.

……………………………………………………

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

Załącznik nr 2

Znak sprawy: KJ.272/K/14/2022

……………………………………………

*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/14/2022**
**na zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w zakresie dyżurów techników elektroradiologii** za cenę łączną (zgodnie z sumą z załącznika 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. JAKOŚĆ i KOMPLEKSOWOŚĆ:**

Dane personelu odpowiedzialnego za realizację zadania będącego przedmiotem konkursu:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L. p. | Imię, nazwisko osoby biorącej udział w realizacji zamówienia | Doświadczenie zawodowe – ilość lat pracy w zakresie objętym przedmiotem zamówienia | Kwalifikacje zawodowe:potwierdzone dokumentem szkolenie technikaz obsługi RTG Siemens i PolyradTAK / NIE | Rola w realizacji zamówienia |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |
| 19. |  |  |  |  |
| 20. |  |  |  |  |

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

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium jakość:

* Osoba lub osoby wykonujące usługę z doświadczeniem min. 5 lat – 100 pkt.
* Osoba lub osoby wykonujące usługę z doświadczeniem mniejszym niż 5 lat – 0 pkt.

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość:

* Potwierdzone dokumentem szkolenie technika lub techników z obsługi RTG Siemens
 i Polyrad – 100 pkt.
* Brak potwierdzonego dokumentem szkolenia technika lub techników z obsługi RTG firmy Siemens i Polyrad – 0 pkt.

**V. 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: 5 – 6 dni w tygodniu – 0 pkt.

 **Zamawiający nie dopuszcza dostępności mniejszej niż 5 dni w tygodniu (pn – pt).**

**VI. CIĄGŁOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Znajomość obsługi aparatury diagnostycznej** | **Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.** |
| Znajomość obsługi rezonansu magnetycznego lub tomografu komputerowego. |  |
| Brak znajomości obsługi rezonansu magnetycznego lub tomografu komputerowego. |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium ciągłość:

* Znajomość obsługi rezonansu magnetycznego lub tomografu komputerowego – 100 pkt.
* Brak znajomości obsługi rezonansu magnetycznego lub tomografu komputerowego
– 0 pkt.

**VII. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:**

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

2. Przewidywany czas oczekiwania na wykonanie świadczenia:

normalny ………………………………………………………..

cito ………………………………………………………..

3. Odległość pomiędzy siedzibą Zamawiającego i siedzibą Wykonawcy wynosi ……... km.

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

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

……………………………………………………

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

Załącznik nr 3 do SWK

Znak sprawy: KJ.272/K/14/2022

**OŚWIADCZENIA OFERENTA**

I. Przystępując do konkursu ofert **na zabezpieczenie świadczenia usług medycznych**
 **w zakresie dyżurów techników elektroradiologii** 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 naszej stronie.

VI. Oświadczamy, że znajdujemy się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

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

VIII. Oświadczam, iż akceptujemy wymagania Zamawiającego określone w Szczegółowych Warunkach 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 wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub
 art. 14 RODO\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu rozpatrzenia naszej 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. Oświadczamy, że zgodnie z Ustawą z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców stanowimy\*:

 a) mikroprzedsiębiorstwo,

 b) przedsiębiorstwo małe,

 c) przedsiębiorstwo średnie,

 d) 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 przedsiębiorstwamii 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**.

……………………………………………………

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