Załącznik nr 1

Znak sprawy: KJ.272/K/15/2022

Wykaz świadczeń medycznych – **formularz cenowy**.

Przedmiotem zamówienia jest usługa w zakresie zabezpieczenia świadczenia usług medycznych przez lekarzy asystentów Oddziału Rehabilitacyjnego w Kochcicach w liczbie godzin i cenie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Lekarz, specjalizacja | Szacunkowa liczba godzin | Miejsce wykonywania świadczeń | Cena jednostkowa  w zł | Wartość brutto  w zł |
| 1 | Świadczenie usług  asystenta przez lekarza specjalistę: rehabilitacji lub balneologii  i medycyny fizykalnej lub reumatologii lub  ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub  chorób wewnętrznych lub chirurgii ogólnej w dni robocze w godz.  od 7.25 do 15.00. | ……. h  **z max.** **4300 h** | Oddział Rehabilitacyjny, Kochanowice Kochcice,  ul. Zamkowa 1 |  |  |
| 2 | Świadczenie usług  asystenta przez lekarza specjalistę: rehabilitacji lub balneologii  i medycyny fizykalnej lub reumatologii lub  ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub  chorób wewnętrznych  lub chirurgii ogólnej w ramach dyżurów:  w dni robocze w godz. 15.00 do 7.25 dnia  następnego oraz soboty, niedziele i święta  w godz. 7.25 do 7.25 dnia następnego. | ……. h  **z max.**  **5500 h** | Oddział Rehabilitacyjny, Kochanowice Kochcice,  ul. Zamkowa 1 |  |  |
|  | RAZEM | | | |  |

Realizacja w okresie ……...… miesięcy (od 21 do 24 miesięcy), tj. od …………….……….. r.   
do …………….……….. r.

Godziny pracy:

– w dni robocze od godz. 7.25 do godz. 15.00,

– dyżury w dni powszednie od 15.00 do 7.25 dnia następnego,

– dyżury w soboty, niedziele i święta od godz. 7.25 do godz. 7.25.

Wymagania:

1. Posiadanie przez Oferenta jednej z wymienionych niżej specjalizacji tj.:

- rehabilitacji,

- balneologii i medycyny fizykalnej,

- reumatologii,

- ortopedii i traumatologii narządu ruchu,

- chorób wewnętrznych,

- chirurgii ogólnej.

2. Odległość pomiędzy siedzibą Oferenta i miejscem świadczenia usług medycznych nie może być większa niż 30 km.

Do obowiązków asystenta w szczególności należy:

1. Współpraca z Lekarzem Kierującym Oddziałem w zakresie prawidłowego toku pracy pod względem medycznym.

2. Przyjmowanie i badanie przyjętych na Oddział pacjentów, ustalanie leczenia i rehabilitacji.

3. Zapewnienie pacjentom ciągłej i kompleksowej opieki rehabilitacyjnej i medycznej.

4. Wydawanie personelowi pielęgniarskiemu poleceń dotyczących realizacji świadczeń diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych.

5. Udzielenie kwalifikowanej pomocy medycznej w nagłych wypadkach i zachorowaniach.

6. Przejrzyste, czytelne, bardzo skrupulatne wypełnianie wszelkiej dokumentacji medycznej, zgodnie z wymogami NFZ oraz obowiązującymi standardami.

7. Kierowanie pacjentów na inne badania specjalistyczne, jeżeli zachodzi taka konieczność.

8. Wypisywanie zaświadczeń dotyczących leczenia pacjenta na oddziale na wniosek pacjenta lub organów ubezpieczeniowych, sądowych, Policji.

9. Udzielenie informacji o stanie pacjenta pacjentowi lub wskazanej przez pacjenta osobie.

10. Wprowadzanie nowelizacji w zakresie świadczeń medycznych, po wcześniejszym uzgodnieniu z Lekarzem Kierującym Oddziałem.

11. Udział w szkoleniach wewnętrznych i zewnętrznych w celu podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych.

12. Zawiadamianie Lekarza Kierującego Oddziałem o wszelkich ważniejszych wydarzeniach   
 w Oddziale oraz wykroczeniach popełnionych zarówno przez personel jak i chorych,   
 a także o podejmowanych ustaleniach.

13. Czuwanie nad przestrzeganiem przez Pacjentów Regulaminu.

14. Znajomość procedur i standardów obowiązujących w Oddziale.

15. Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń w Poradni Rehabilitacyjnej.

16. Wykonywanie innych czynności zleconych przez Przełożonego, a nie ujętych w zakresie czynności w ramach zajmowanego stanowiska.

17. Przestrzeganie przepisów, zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

Minimalna ilość osób – 3 osoby.

……………………………………………………

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

Załącznik nr 2

Znak sprawy: KJ.272/K/15/2022

……………………………………………

*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 ……...… miesięcy (od 21 do 24 miesięcy), tj. od …………….……….. r.   
do …………….……….. r.

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

**IV. Imienny wykaz osób biorących udział w realizacji zamówienia:**

|  |  |
| --- | --- |
| L. p. | Imię, nazwisko osoby biorącej udział w realizacji zamówienia |
| 1. |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**V. CENA:**

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia   
na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu KJ.272/K/15/2022   
w zakresie zabezpieczenia świadczenia usług medycznych przez lekarzy asystentów 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.

**VI. 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.

**VII. 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. |  |
| Specjalizacja z zakresu chirurgii ogólnej. |  |

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.

**VIII. 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.

**IX. 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.

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

………………………………………

**XI. 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:

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

……………………………………………………

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