Załącznik nr 1

Znak sprawy: KJ.272/K/17/2022

Wykaz świadczeń medycznych – **formularz cenowy**.

Odległość pomiędzy siedzibą Zamawiającego i siedzibą Oferenta nie może być większa   
niż 30 km.

Przedmiotem zamówienia jest zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w zakresie kontroli i regulacji urządzeń wszczepialnych (ICD, CRT, PM) niezbędnych do wykonywania zabiegów ortopedycznych w ramach specjalizacji kardiologicznej w ilości i cenie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L. p. | Rodzaj świadczenia | Liczba konsultacji  do wykonania  w ramach umowy na okres 24 m-cy | Cena  konsultacji | Wartość  zamówienia |
| 1. | Kontrola i regulacja urządzeń  wszczepialnych (ICD, CRT, PM) niezbędna do wykonywania  zabiegów ortopedycznych przez lekarza ze specjalizacją  z kardiologii. | …………………..  z max. 180  konsultacji |  |  |
| Ogółem | | | |  |

……………………………………………………

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

Załącznik nr 2

Znak sprawy: KJ.272/K/17/2022

……………………………………………

*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/17/2022   
na zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w zakresie kontroli i regulacji urządzeń wszczepialnych (ICD, CRT, PM) niezbędnych do wykonywania zabiegów ortopedycznych   
w ramach specjalizacji kardiologicznej 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:**

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 kardiologicznej – 100 pkt.
* Doświadczenie 4 lata lub mniej jako lekarz specjalista w zakresie specjalizacji kardiologicznej – 0 pkt.

**V. 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.

**VI. DOSTĘPNOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dni udzielania świadczeń 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.

**VII. CIĄGŁOŚĆ:**

Miejsce wykonywania świadczenia: **siedziba Zamawiającego.**

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

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium ciągłość:

* Odległość siedziby Oferenta do 10 km od siedziby Zamawiającego: Piekary Śląskie,   
  ul. Bytomska 62 – 100 pkt.
* Odległość siedziby Oferenta powyżej 11 km od siedziby Zamawiającego: Piekary Śląskie, ul. Bytomska 62 – 0 pkt.

**VIII. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:**

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

2. Przewidywany czas oczekiwania na wykonanie konsultacji:

normalny ………………………………………………………..

cito ………………………………………………………..

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

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

……………………………………………………

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