Załącznik nr 1

Znak sprawy: KJ.272/K/2/2023

Wykaz świadczeń medycznych – Formularz cenowy i wymagania.

Przedmiotem zamówienia jest usługa w zakresie opieki medycznej – zabezpieczenie świadczenia usług medycznych przez lekarza specjalistę w zakresie konsultacji i zabiegów operacyjnych w ramach chirurgii ogólnej w liczbie godzin i cenie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| I | II | III | IV | V |
| Lp. | Rodzaj świadczonej usługi | Liczba godzin na cały okres trwania umowy | Cena jednostkowa  w zł | Wartość brutto w zł  (III x IV) |
| 1 | Pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dni zwykłe. | Oferowana ilość: ……………….. h z **1120 h** |  |  |
| 2 | Pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dni świąteczne. | Oferowana ilość: ……………….. h z **504 h** |  |  |
| 3 | Świadczenie usług  w przypadku wezwania  w dni zwykłe. | Oferowana ilość: ……………….. h z **63 h** |  |  |
| 4 | Świadczenie usług  w przypadku wezwania  w dni świąteczne. | Oferowana ilość: ……………….. h z **28 h** |  |  |
|  |  | RAZEM | |  |

Wymagania:

specjalizacja z chirurgii ogólnej.

Ilość osób:   
Zamawiający udzieli zamówienia co najmniej 1 lekarzowi specjaliście z chirurgii ogólnej zgodnie z przyjętymi kryteriami oceny.

Załącznik nr 2

Znak sprawy: KJ.272/K/2/2023

……………………………………………

*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 dnia 01.03.2023 r. do dnia 10.09.2023 r.

**III. CENA:**

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia   
na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu KJ.272/K/2/2023  
na zabezpieczenie świadczenia usług medycznych przez lekarza specjalistę w zakresie konsultacji i zabiegów operacyjnych w ramach chirurgii ogólnej 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. |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |

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

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium nr 2:

* Posiadanie tytułu co najmniej dr n. med. – 100 pkt.
* Posiadanie tytułu niższego niż dr n. med. – 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, w tym z zakresu chirurgii ogólnej – 100 pkt.
* Specjalizacja wyłącznie z zakresu chirurgii ogólnej – 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:**

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

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium ciągłość:

* Odległość siedziby Wykonawcy od siedziby Zamawiającego mniejsza lub równa 20 km – 100 pkt.
* Odległość siedziby Wykonawcy od siedziby Zamawiającego większa niż 20 km – 0 pkt.

**VIII. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:**

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

2. Przewidywany czas oczekiwania na konsultację / badanie\*:

normalny ………………………………………………………..

cito ………………………………………………………..

*\* Zgodnie z zapisami umowy (Zał. nr 4 do SWK) w przypadku wezwania Wykonawca zobowiązany jest do zgłoszenia się w siedzibie Zamawiającego w przedziale czasu   
 od 30 min. do 1 godziny od wezwania.*

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

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

……………………………………………………

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