Załącznik nr 1

Znak sprawy: KJ.272/K/4/2023

Wykaz świadczeń zdrowotnych – **formularz cenowy**.

Przedmiotem zamówienia jest usługa na zabezpieczenie świadczenia usług zdrowotnych
w zakresie konsultacji psychologicznych w ilości i cenie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L. p. | Rodzaj świadczenia | Liczba godzindo wykonaniaw ramach umowyna okres 24 m-cy | Cena jednostkowa za godzinę w zł | Wartość zamówienia w zł |
| 1. | Konsultacje psychologiczne**.** | Maksymalnie…………….… hz 1200 h |  |  |
| Ogółem |  |

……………………………………………………

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

Załącznik nr 2

Znak sprawy: KJ.272/K/4/2023

……………………………………………

*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 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/4/2023
na zabezpieczenie świadczenia usług zdrowotnych w zakresie konsultacji psychologicznych
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 | 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 psycholog w podmiocie leczniczym poświadczone zaświadczeniem – 100 pkt.
* Doświadczenie 4 lata lub mniej jako psycholog w podmiocie leczniczym poświadczone zaświadczeniem – 0 pkt.

**V. KOMPLEKSOWOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kwalifikacje zawodowe potwierdzone złożoną wraz z ofertą kserokopią zaświadczenia** | **Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.** |
| Certyfikat ukończenia podyplomowego szkolenia w zakresie psychoterapii. |  |
| Brak certyfikatu ukończenia podyplomowego szkolenia w zakresie psychoterapii. |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość:

* Posiadanie certyfikatu ukończenia podyplomowego szkolenia w zakresie psychoterapii
 – 100 pkt.
* Brak certyfikatu ukończenia podyplomowego szkolenia w zakresie psychoterapii – 0 pkt.

**VI. 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.

**VII. CIĄGŁOŚĆ:**

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

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium dostępność:

* Siedziba Wykonawcy do 30 km od siedziby Zamawiającego: Piekary Śląskie,
ul. Bytomska 62 – 100 pkt.
* Siedziba Wykonawcy powyżej 30 km od siedziby Zamawiającego: Piekary Śląskie,
ul. Bytomska 62 – 0 pkt.

**VIII. 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:

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

……………………………………………………

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