Załącznik nr 2 ZM

**PAKIET 1, 2, 3, 4**

Znak sprawy: KJ.272/K/10/2023

……………………………………………

*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 dn. 01.06.2023 r. do dn. 31.05.2025 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/10/2023   
w zakresie zabezpieczenia świadczenia usług medycznych przez lekarzy specjalistów   
w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu połączone z pełnieniem funkcji kierowniczych w obrębie Zespołu Sal Operacyjnych, Poradni Specjalistycznych, Odcinka I B   
i I C funkcjonujących w ramach oddziału I Urazowo-Ortopedycznego **w zakresie pakietu   
nr …...\*** za cenę łączną (zgodnie z sumą z zał. nr 1):

…........................................… (słownie) ….  
w okresie obowiązywania umowy.

*\* Proszę uzupełnić numerem pakietu, do którego Oferent przystępuje.*

Cena (stawka) za godzinę świadczenia usługi wynosi **…………………….. zł brutto**(do porównania w kryterium nr 1 oceny ofert).

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:**

**Oferent winien posiadać co najmniej 5 lat specjalizacji z ortopedii i traumatologii narządu ruchu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Doświadczenie zawodowe: liczba pełnych lat posiadania specjalizacji z ortopedii  i traumatologii narządu ruchu** | **Należy postawić znak X  w odpowiedniej rubryce.** |
| 10 lat i więcej |  |
| od 5 do 9 lat |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium jakość:

* Doświadczenie 10 lat i więcej jako lekarz specjalista z ortopedii i traumatologii narządu ruchu – 100 pkt.
* Doświadczenie od 5 do 9 lat jako lekarz specjalista z ortopedii i traumatologii narządu ruchu – 0 pkt.

**VII. KOMPLEKSOWOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kwalifikacje zawodowe** | **Należy postawić znak X  w odpowiedniej rubryce.** |
| posiadanie tytułu naukowego co najmniej dr. n. med. |  |
| brak tytułu naukowego co najmniej dr. n. med. |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość:

* Posiadanie tytułu naukowego co najmniej dr. n. med. – 100 pkt.
* Brak tytułu naukowego co najmniej dr. n. med. – 0 pkt.

**VIII. DOSTĘPNOŚĆ:**

Odległość siedziby Wykonawcy od Zamawiającego wynosi ……………………… km.

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 31 km od siedziby Zamawiającego: Piekary Śląskie,   
  ul. Bytomska 62 – 0 pkt.

**IX. CIĄGŁOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Znajomość obsługi 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:

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

*\*\* Pkt. III – XI należy wypełnić w razie potrzeby według wzoru powyższej – powielić tyle razy, do ilu pakietów Oferent przystępuje.*

……………………………………………………

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