Załącznik nr 1

Znak sprawy: KJ.272/K/12/2023

Wykaz świadczeń medycznych – **formularz cenowy**.

Przedmiotem zamówienia jest usługa w zakresie wykonywania administracyjnych sekcji zwłok (autopsji) w ramach specjalizacji patomorfologicznej w ilości godzin i cenie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L. p. | Rodzaj świadczenia | Ilość badań do wykonaniaw ramach umowyna okres od 30.08.2023 r. do 31.08.2025 r. | Cena badaniaw zł | Całkowita wartość zamówieniaw zł |
| 1. 1
 | Badanie patomorfologiczne / administracyjna sekcja zwłok (autopsja) z pobraniem wycinków. | 48 badań |  |  |
| Ogółem |  |

Wymagania:

Doświadczenie w wykonywaniu administracyjnych sekcji zwłok (autopsji) w ramach specjalizacji patomorfologicznej.

……………………………………………………

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

Załącznik nr 2

Znak sprawy: KJ.272/K/12/2023

……………………………………………

*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 30.08.2023 r. do dnia 31.08.2025 r.

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

**IV. CENA:**

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia
na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu KJ.272/K/12/2023
w zakresie **wykonywania administracyjnych sekcji zwłok (autopsji) w ramach specjalizacji patomorfologicznej** za cenę łączną (zgodnie z sumą z zał. nr 1 do SWK):

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

Cena (stawka) za 1 badanie 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.

**V. JAKOŚĆ:**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię, nazwisko** | **Doświadczenie zawodowe – ilość lat pracy specjalisty w zakresie objętym przedmiotem zamówienia** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

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

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium jakość:

* Ilość osób wykonujących usługę z doświadczeniem min. 5 lat – większa lub równa 1
– 100 pkt.
* Brak osób wykonujących usługę z doświadczeniem min. 5 lat – 0 pkt.

**VI. KOMPLEKSOWOŚĆ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Imię i nazwisko** | **Posiadane specjalizacje** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość:

* Specjalizacja z więcej niż 1 dziedziny medycyny, w tym z zakresu patomorfologii
 – 100 pkt.
* Specjalizacja wyłącznie z zakresu patomorfologii – 0 pkt.

**VII. 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 7 dni w tygodniu – 0 pkt.

**VIII. CIĄGŁOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejsce wykonywania świadczeń** | **Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.** |
| Świadczenie medyczne w miejscu wskazanym przez Zamawiającego. |  |
| Świadczenie medyczne poza miejscem wskazanym przez Zamawiającego. |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium ciągłość:

* Świadczenie medyczne w miejscu wskazanym przez Zamawiającego – 100 pkt.
* Świadczenie medyczne poza miejscem wskazanym przez Zamawiającego – 0 pkt.

W przypadku świadczenia usługi medycznej poza miejscem wskazanym przez Zamawiającego oświadczam, że świadczenia medyczne będą wykonywane w: …………………………………………………………………………………..…………..……….. (adres),
tj. odległość miejsca wykonywania świadczeń od siedziby Zamawiającego wynosi …….…… km.

**IX. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:**

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

2. Przewidywany czas oczekiwania:

 Świadczenie winno być wykonywane w terminie nie dłuższym niż 48 godzin od zgłoszenia.

normalny ………………………………………………………..

cito ………………………………………………………..

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

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

……………………………………………………

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