Załącznik nr 1

Znak sprawy: KJ.272/K/14/2023

Wykaz świadczeń medycznych – **formularz cenowy**.

Przedmiotem zamówienia jest zabezpieczenie świadczenia usług medycznych przez lekarzy specjalistów w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Samodzielnym Publicznym
Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich w ilości i cenie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Lekarz, specjalizacja | Liczba godzinna 14 miesięcy | Cena jednostkowaw zł | Wartość brutto w zł / 14 m-cy |
| 1 | Lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. | ………………….. h**z max. 19 880** godzin świadczenia usług medycznych w dni robocze od godz. 7.25 do 15.00 |  |  |
| 2 | ………………….. h**z max. 13 440** godzin świadczenia usług medycznych w postaci dyżurów lekarskich w dni robocze od godz. 15.00 do 7.25 dnia następnego oraz w dni wolne od pracy (soboty, niedziele i święta)od godz. 7:25 do 7:25 dnia następnego (24h) |  |  |
| 3 | ………………….. h**z max. 4 032** godzin pozostawania w gotowości do świadczenia usług w postaci dyżurów lekarskich w dni robocze od godz. 15.00 do 7.25 dnia następnego oraz w dni wolne od pracy od godz. 7:25 do 7:25 dnia następnego (24h) | ...………… (zgodnie z zał. nr 4 do SWK:50 % kwoty określonejw pkt, 1, 2) |  |
|  | **RAZEM** |  |

Realizacja w dniach od 01.09.2023 r. do 30.11.2024 r.

Wymagania:

1. Co najmniej specjalista w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.

2. Umiejętność posługiwania się USG do nerwów i naczyń, doświadczenie w znieczuleniu regionalnym.

Zakres obowiązków lekarza specjalisty w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii
obejmuje:

1. Wykonywanie znieczulenia ogólnego lub przewodowego do zabiegów operacyjnych oraz dla celów diagnostycznych lub leczniczych.

2. Zapoznanie się z dokumentacją medyczną pacjenta, skompletowaną wraz z niezbędnymi wynikami badań laboratoryjnych.

3. Działania reanimacyjne.

4. Badanie pacjentów planowanych do zabiegów w celu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia, zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta i wskazaniami medycznymi, poza chirurgiczną kwalifikacją pacjenta do operacji.

5. Nadzór nad sprzętem anestezjologicznym w trakcie znieczulania i leczenia chorych
 w stanach zagrożenia życia.

6. Wypełnianie dokumentacji medycznej.

7. Inne świadczenia w razie potrzeb.

Liczba osób:
Zamawiający udzieli zamówienia **12-tu** lekarzom specjalistom w zakresie anestezjologii
i intensywnej terapii.

Zamawiający dopuszcza możliwość zawarcia umów na mniejszą niż łączną liczbę godzin
z wybranymi Oferentami, z uwzględnieniem możliwości ekonomicznych Zamawiającego.

……………………………………………………

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

Załącznik nr 2

Znak sprawy: KJ.272/K/14/2023

……………………………………………

*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 01.09.2023 r. do 30.11.2024 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/14/2023
w zakresie zabezpieczenia świadczenia usług medycznych przez lekarzy specjalistów
w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii za cenę łączną (zgodnie z sumą z zał. nr 1 do SWK):

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

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:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Doświadczenie zawodowe: liczba lat pracy lekarza specjalisty anestezjologa****w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii****w zakresie objętym przedmiotem zamówienia** | **Należy postawić znak X** **w odpowiedniej rubryce.** |
| Minimum 5 lat |  |
| 4 lata lub mniej |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium jakość:

* Doświadczenie min. 5 lat jako lekarz specjalista anestezjolog w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 100 pkt.
* Doświadczenie 4 lata lub mniej jako lekarz specjalista anestezjolog w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 0 pkt.

**VII. KOMPLEKSOWOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kwalifikacje zawodowe** | **Należy postawić znak X** **w odpowiedniej rubryce.** |
| Tytuł co najmniej dr. n. med. poświadczony dokumentem |  |
| Tytuł niższy od dr. n. med. |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość:

* Tytuł co najmniej dr. n. med. poświadczony dokumentem – 100 pkt.
* Tytuł niższy od 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 (włącznie) 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.

**IX. CIĄGŁOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Znajomość systemu 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:**

1. Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

 Sposób świadczenia usług będzie ustalany w miesięcznych harmonogramach, jednak zgodnie z załącznikiem nr 1 do SWK.

2. Sposób przyjmowania zgłoszeń: …………………………………………………………………………………………...

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

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

……………………………………………………

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