Załącznik nr 1

Znak sprawy: KJ.272/K/15/2023

Wykaz świadczeń medycznych – **formularz cenowy i wymagania:**

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług medycznych w zakresie realizacji świadczeń ratownictwa medycznego w Izbie Przyjęć i Całodobowym Ambulatorium Urazowo –   
Ortopedycznym w ilości i cenie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Stanowisko | Liczba godzin | Cena jednostkowa  w zł | Wartość brutto  w zł |
| 1. | Ratownik medyczny | Maksymalnie  …………….… h z 2520 h |  |  |
|  | RAZEM | | |  |

Realizacja w okresie od 01.11.2023 r. do 31.01.2025 r.

Godziny pracy:

Wykonywanie świadczeń odbywać się będzie w dniach i godzinach zgodnie   
z harmonogramem. W wyjątkowych sytuacjach po ustaleniu z Pielęgniarką Oddziałową możliwość 24 – godzinnych dyżurów.

Ilość osób:   
Zamawiający udzieli zamówienia 2 ratownikom medycznym w zakresie realizacji świadczeń ratownictwa medycznego zgodnie z przyjętymi kryteriami oceny.

**Wymagania dla ratownika medycznego realizującego świadczenia ratownictwa**   
**medycznego w Izbie Przyjęć i Całodobowym Ambulatorium Urazowo-Ortopedycznym:**

1. Doświadczenie w pracy z pacjentami urazowo-ortopedycznymi w Izbie Przyjęć /  
 Całodobowym Ambulatorium Urazowo-Ortopedycznym / Szpitalnym Oddziale   
 Ratunkowym.

2. Przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej.

3. Przestrzeganie Praw Pacjenta.

4. Życzliwy i taktowny stosunek do chorych, jak również do współpracowników   
 i bezpośrednich przełożonych.

**Zakres obowiązków ratownika medycznego w Izbie Przyjęć i Całodobowym Ambulatorium   
Urazowo-Ortopedycznym obejmuje:**

1. Prowadzenie oceny stanu zdrowia pacjentów wg systemu TRIAŻ.

2. Asystowanie podczas zakładania opatrunków gipsowych, repozycji złamań, zakładania wyciągów.

3. Asystowanie podczas opatrywania ran i wykonywanie zleconych opatrunków.

4. Prawidłowe wypełnianie dokumentacji pielęgniarskiej.

5. Dbanie o stan techniczny, epidemiologiczny powierzonego sprzętu i aparatury medycznej (dezynfekcja, sprawdzanie dat ważności leków i sprzętu jednorazowego).

6 Transport pacjentów z Izby Przyjęć i Całodobowego Ambulatorium Urazowo- Ortopedycznego do pracowni diagnostycznych, oddziału i Zespołu Sal Operacyjnych.

7. Uczestnictwo w resuscytacji krążeniowo – oddechowej.

8. Sprawowanie opieki nad chorymi zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, poszanowaniem podmiotowości i godności osobistej.

9. Pobieranie wymazów krwi na badania diagnostyczne.

10. Wykonywanie właściwych zabiegów higienicznych kierowanych w trybie nagłym do przyjęcia w oddział.

11. Przygotowanie chorych do badań diagnostycznych i znieczulenia miejscowego.

12. Przygotowanie stanowiska monitorującego i sprzętu ratującego życie.

13. Monitorowanie przyrządowe i bezprzyrządowe, obserwacja stanu klinicznego pacjenta.

14. Czuwanie nad bezpieczeństwem chorych.

15. Edukacja pacjenta po wypisie.

16. Transport pacjenta do domu lub innego ośrodka medycznego karetką szpitalną.

17. Depozytowanie rzeczy wartościowych pacjenta.

18. Udzielenie pomocy w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty życia, poważnego uszczerbku na zdrowiu chorego, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi.

19. Wykonywanie zleceń lekarskich odnotowanych w dokumentacji medycznej.

Zapis, o którym mowa w tym ustępie nie dotyczy zleceń wykonywanych podczas zabiegów ratujących życie pacjenta i w sytuacjach grożących bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub poważnym uszczerbkiem na zdrowiu pacjenta.

20. Pracę zgodną ze standardami akredytacyjnymi.

21. Współpracę z pielęgniarką oddziałową, kierownikiem Izby Przyjęć w sprawach organizacyjnych, adaptacji zatrudnionych ratowników medycznych, organizacji szkoleń   
 i opracowywania standardów i procedur.

22. Udział w szkoleniach, konferencjach.

23. Udział w pracach, w projektach jakości, realizowanych w Szpitalu.

……………………………………………………

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

Załącznik nr 2

Znak sprawy: KJ.272/K/15/2023

……………………………………………

*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:**

W okresie od 01.11.2023 r. do 31.01.2025 r.

**III. CENA:**

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia   
na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu KJ.272/K/15/2023  
na zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w zakresie świadczeń ratownictwa medycznegoza cenę łączną (zgodnie z sumą z załącznika 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.

**IV. JAKOŚĆ:**

Dane personelu odpowiedzialnego za realizację zadania będącego przedmiotem konkursu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L. p. | Imię, nazwisko osoby biorącej udział w realizacji zamówienia | Doświadczenie zawodowe – ilość lat pracy  w zakresie objętym umową | Rola w realizacji zamówienia |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| ... |  |  |  |

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

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium jakość:

* Doświadczenie min. 5 lat pracy w zawodzie – 100 pkt.
* Doświadczenie 4 lata lub mniej pracy w zawodzie – 0 pkt.

**V. KOMPLEKSOWOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kwalifikacje zawodowe  potwierdzone złożoną wraz z ofertą kserokopią dokumentu** | **Należy postawić znak X  w odpowiedniej rubryce.** |
| Dyplom licencjata lub magistra na kierunku ratownictwo medyczne. |  |
| Dyplom ukończenia szkoły policealnej na kierunku ratownictwo medyczne. |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość:

* Dyplom licencjata lub magistra na kierunku ratownictwo medyczne potwierdzony złożoną wraz z ofertą kserokopią dyplomu – 100 pkt.
* Dyplom ukończenia szkoły policealnej na kierunku ratownictwo medyczne potwierdzony złożoną wraz z ofertą kserokopią dyplomu – 0 pkt.

**VI. DOSTĘPNOŚĆ:**

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.

**VII. CIĄGŁOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Posiadanie umiejętności:  pobierania krwi żylnej, tętniczej, włośniczkowej, resuscytacji wynikające  z dostarczonego zaświadczenia.** | **Należy postawić znak X  w odpowiedniej rubryce.** |
| Złożone zaświadczenie w ofercie. |  |
| Brak zaświadczenia w ofercie. |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium ciągłość:

* Posiadanie umiejętności: pobierania krwi żylnej, tętniczej, włośniczkowej, resuscytacji wynikające z dostarczonego zaświadczenia stanowiącego załącznik nr 5 do SWK   
  – 100 pkt.

Zaświadczenie winno być dostarczone z podmiotu leczniczego posiadającego umowę   
 o świadczenie usług zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia, w którym to Oferent był zatrudniony w przeciągu ostatnich 12 miesięcy.

* Brak powyższego zaświadczenia – 0 pkt.

**VIII. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:**

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

2. Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

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

3. Świadczenie usług medycznych zawartych w ofercie będzie się odbywało w siedzibie Zamawiającego, przy użyciu jego pomieszczeń, sprzętu i aparatury.

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

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

……………………………………………………

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