Załącznik nr 1

Znak sprawy: KJ.272/K/1/2024

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

Przedmiotem zamówienia jest zabezpieczenie świadczenia usług medycznych przez lekarza   
w zakresie medycyny pracy w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich w ilości i cenie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L. p. | Rodzaj świadczenia usługi | Ilość miesięcy | Cena za miesiąc  w zł | Wartość  zamówienia  w zł |
| 1. | Świadczenie usług medycznych przez lekarza w zakresie medycyny pracy  w zakresie wynikającym  z przepisów (ryczałt za miesiąc). | …….. miesiące  z max. 24 miesięcy |  |  |
| **RAZEM** | | | |  |

Ilość osób:   
Zamawiający udzieli zamówienia 1 lekarzowi w zakresie medycyny pracy zgodnie z przyjętymi kryteriami oceny.

Miejsce wykonywania świadczeń:

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba   
w Piekarach Śląskich, ul. Bytomska 62, 41 – 940 Piekary Śląskie.

Do obowiązków lekarza medycyny pracy należą:

1. Wykonywanie profilaktycznych badań lekarskich pracowników Zamawiającego (wstępnych, okresowych, kontrolnych oraz do celów sanitarno – epidemiologicznych).

2. Wykonywanie profilaktycznych badań pracowników narażonych na działanie promieniowania jonizującego.

3. Kwalifikacja pracowników Zamawiającego do szczepienia WZW.

Sporządzanie zaświadczeń lub orzeczeń lekarskich zgodnie z obowiązującymi przepisami   
w tym zakresie zgodnie z m. in.:

1. Ustawą o służbie medycyny pracy z dnia 27 czerwca 1997 r.

2. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. zmieniającym rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie przeprowadzania badań lekarskich

pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy.

3. Ustawą o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń oraz chorób zakaźnych u ludzi z dnia   
 5 grudnia 2008 r.

Ilość pracowników w zakładzie pracy około: 800 osób

Szacunkowa ilość badań na okres 24 miesięcy m.in.:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj świadczenia** | **Szacunkowa ilość** |
| Wydanie orzeczenia lekarskiego (wykonanie badania: wstępnego, okresowego) | 1200 |
| Wydanie orzeczenia lekarskiego(wykonanie badania kontrolnego) | 800 |
| Wydanie zaświadczenia dla celów sanitarno – epidemiologicznych. | 600 |

……………………………………………………

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

Załącznik nr 2

Znak sprawy: KJ.272/K/1/2024

……………………………………………

*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 5.02.2024 r. do dnia 31.01.2026 r.

**III. CENA:**

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia   
na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu **KJ.272/K/1/2024**  
**na zabezpieczenie świadczenia usług medycznych przez lekarza w zakresie medycyny pracy**,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  – tytuł naukowy | Doświadczenie zawodowe – ilość lat pracy lekarza specjalisty  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 20 lat i więcej jako lekarz specjalista w zakresie medycyny pracy   
  – 100 pkt.
* Doświadczenie od 10 do 19 lat jako lekarz specjalista w zakresie medycyny pracy   
  – 50 pkt.
* Doświadczenie 9 lat i mniej jako lekarz specjalista w zakresie medycyny pracy – 0 pkt.

**V. KOMPLEKSOWOŚĆ:**

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

**VI. DOSTĘPNOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dni udzielania świadczeń zdrowotnych** | **Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych**  **od – do** |
| Poniedziałek |  |
| Wtorek |  |
| Środa |  |
| Czwartek |  |
| Piątek |  |
| Sobota |  |
| Niedziela |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium dostępność:

* Dostępność w siedzibie Zamawiającego więcej niż 1 raz w tygodniu – 100 pkt.
* Dostępność w siedzibie Zamawiającego 1 raz w tygodniu – 0 pkt.

**VII. 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.

**VIII. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:**

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

2. Przewidywany czas oczekiwania na badanie:

normalny ………………………………………………………..

cito ………………………………………………………..

3. Miejsce wykonywania świadczeń:

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba   
 w Piekarach Śląskich, ul. Bytomska 62, 41 – 940 Piekary Śląskie.

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

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

……………………………………………………

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