Załącznik nr 1

Znak sprawy: KJ.272/K/4/2024

Wykaz świadczeń medycznych – **formularz cenowy**.

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług **w ramach konsultacji w zakresie
epidemiologii i chorób zakaźnych,** w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu
Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich w ilości i cenie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L. p. | Rodzaj świadczenia usługi | Ilość miesięcy | Cenaza miesiącw zł | Wartość zamówieniaw zł |
| 1. | Konsultacje w zakresie epidemiologii i chorób zakaźnych (ryczałt za miesiąc w ilości nie mniejszej niż 25 godzin /miesiąc) przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych | 24 |  |  |
| Ogółem |  |

Godziny pracy:

Dni i godziny udzielania świadczeń zgodnie ze zgłoszonymi bieżącymi potrzebami Zamawiającego.

Ilość osób:
Zamawiający udzieli zamówienia maksymalnie 1 lekarzowi specjaliście w ramach realizacji
świadczeń w zakresie epidemiologii i chorób zakaźnych 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 i/lub Oddział Zamiejscowy
w Kochcicach.

**Zakres obowiązków lekarza specjalisty obejmuje m. in.:**

1. Konsultacje w zakresie epidemiologii i chorób zakaźnych.

2. Współudział w tworzeniu procedur i zarządzeń w zakresie epidemiologii i chorób zakaźnych.

3. Konsultacje oraz analiza raportów w zakresie epidemiologii i chorób zakaźnych.

4. Szkolenia personelu Szpitala z zakresu chorób zakaźnych i postępowania przeciwepidemicznego.

……………………………………………………

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

Załącznik nr 2

Znak sprawy: KJ.272/K/4/2024

……………………………………………

*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 04.06.2024 r. do dnia 31.05.2026 r.

**III. CENA:**

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia
na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu **KJ.272/K/4/2024**
**na zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w ramach konsultacji w zakresie epidemiologii i chorób zakaźnych** za cenę łączną (zgodnie z sumą z załącznika nr 1 do SWK):

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

Cena za miesiąc świadczenia usługi (ryczałt): ………………………. zł

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 w zakresie objętym umową | Rola w realizacji zamówienia |
| 1. |  |  |  |  |

Minimalna liczba osób udzielających świadczenie zdrowotne: 1 osoba.

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium jakość:

* Doświadczenie 5 lat i więcej jako lekarz specjalista w zakresie specjalizacji z chorób zakaźnych – 100 pkt.
* Doświadczenie 4 lata lub mniej jako lekarz specjalista w zakresie specjalizacji z chorób zakaźnych – 0 pkt.

**V. KOMPLEKSOWOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **L. p.** | **Posiadane specjalizacje** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość:

* Specjalizacja z więcej niż jednej dziedziny medycyny – 100 pkt.
* Specjalizacja z jednej dziedziny medycyny – 0 pkt.

**VI. 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 przez 7 dni w tygodniu – 0 pkt.

**VII. CIĄGŁOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejsce wykonywania świadczenia** | **Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.** |
| W siedzibie Zamawiającego: Piekary Śląskie, ul. Bytomska 62, w Oddziale Zamiejscowym w Kochcicach, Kochanowice, ul. Zamkowa 1 oraz **zdalnie.** |  |
| Wykonanie świadczenia **wyłącznie** w siedzibie Zamawiającego: Piekary Śląskie, ul. Bytomska 62 oraz w Oddziale Zamiejscowym w Kochcicach, Kochanowice, ul. Zamkowa 1. |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium ciągłość:

* Wykonanie świadczenia w siedzibie Zamawiającego: Piekary Śląskie, ul. Bytomska 62,
w Oddziale Zamiejscowym w Kochcicach, Kochanowice, ul. Zamkowa 1 oraz zdalnie
– 100 pkt.
* Wykonanie świadczenia wyłącznie w siedzibie Zamawiającego: Piekary Śląskie,
ul. Bytomska 62 oraz w Oddziale Zamiejscowym w Kochcicach, Kochanowice,
ul. Zamkowa 1 – 0 pkt.

**VIII. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:**

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

2. Przewidywany czas oczekiwania na konsultację / badanie:

normalny ………………………………………………………..

cito ………………………………………………………..

3. Odległość pomiędzy siedzibą Zamawiającego i siedzibą Wykonawcy wynosi ……... km.

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

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

……………………………………………………

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