Załącznik nr 1  **ZM**

Znak sprawy: KJ.272/K/6/2024

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

Przedmiotem zamówienia jest **zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w ramach
pełnienia stacjonarnych dyżurów w Izbie Przyjęć i Całodobowym Ambulatorium Urazowo –
Ortopedycznym oraz w Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych przez lekarzy specjalistów
i rezydentów w zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu** w ilości i cenie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Rodzaj świadczenia usługi | Liczba godzin dyżurowychna 24 m-ce | Cena jednostkowaw zł / h | Wartość brutto w zł / 24 m-ce |
| 1. | Pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych **w Izbie Przyjęć w dni robocze.** | ………………. h **z max.7 392 h**  w dni robocze od godz. 15:00 do godz. 7:25 dnia następnego*lub w razie potrzeby*od godz. 7:25 do godz. 7:25 dnia następnego  |  |  |
| 2 | Pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych **w Izbie Przyjęć w dni świąteczne.** | ………………. h **z max. 3 336 h** w dni świąteczneod godz. 7:25do godz. 7:25 dnia następnego |  |  |
| 3 | Pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych **w Oddziałach Urazowo-Ortopedycznych w dni robocze.** | ………………. h **z max. 7 392 h** w dni robocze od godz. 15:00 do godz. 7:25 dnia następnego*lub w razie potrzeby*od godz. 7:25 do godz. 7:25 dnia następnego |  |  |
| 4 | Pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych **w Oddziałach Urazowo-Ortopedycznych w dni świąteczne**. | ………………. h **z max. 3 336 h** w dni świąteczneod godz. 7:25do godz. 7:25 dnia następnego |  |  |
| **RAZEM** |  |
| **Uśredniona cena jednostkowa wszystkich ww. świadczeń***(proszę obliczyć średnią arytmetyczną do pełnych złotych)* |  |  |

**Realizacja świadczeń:**

1. Realizacja w okresie od 19.07.2024 r. do 08.10.2025 r.

2. Realizacja ww. świadczeń będzie następowała w dni robocze w godzinach od 15:00 do 7:25 dnia następnego lub w razie potrzeby od 7:25 do 7:25 dnia następnego oraz w dni świąteczne w godzinach od 7:25 do 7:25 dnia następnego.

3. Dyżur medyczny w dni robocze w godzinach od 15:00 do 7:25 dnia następnego będzie podzielony na dwa zakresy godzinowe, tj. od godz. 15:00 do godz. 20:00 oraz od godz. 20:00 do godz. 7:25 dnia następnego, w których świadczenie usług medycznych odbywało się będzie rotacyjnie pomiędzy dyżurem medycznym w Izbie Przyjęć i Całodobowym Ambulatorium Urazowo – Ortopedycznym a dyżurem medycznym w Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych. Ww. zakresy godzin mogą ulec zmianie w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta i innych, których nie dało się przewidzieć na dzień ogłaszania postępowania konkursowego.
4. Dniami roboczymi są dni od poniedziałku do piątku, natomiast przez dni świąteczne należy rozumieć soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy.

5. **Należy zaproponować liczbę godzin w każdym z ww. zakresów.**

**Minimalna liczba osób udzielających świadczenie:**

2 osoby zgodnie z przyjętymi kryteriami oceny.

**Miejsce wykonywania świadczenia:**

Izba Przyjęć i Całodobowe Ambulatorium Urazowo – Ortopedycznym, Oddziały Urazowo –

Ortopedyczne, Zespół Sal Operacyjnych Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala
Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich.

**Wymagania:**

1. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie w trybie stacjonarnym w siedzibie
 Zamawiającego potwierdzone oświadczeniem stanowiącym załącznik nr 4 do SWK.

2. Lekarz specjalista lub lekarz rezydent po ukończeniu drugiego roku rezydentury
 potwierdzone odpowiednio: dyplomem specjalizacji / zaświadczeniem stanowiącym
 załącznik nr 6 do SWK.

3. Dopuszczenie lekarza rezydenta do wykonywania świadczeń przez Kierownika Specjalizacji wyrażone zaświadczeniem stanowiącym załącznik nr 6 do SWK potwierdzającym
 gotowość do podjęcia samodzielnej pracy przez lekarza rezydenta.

4. Co najmniej jednoroczny staż w pracy w Izbie Przyjęć Ortopedycznej / Oddziałach
 Urazowo – Ortopedycznych, w których lekarz rezydent świadczy usługi medyczne objęte postępowaniem konkursowym, potwierdzony zaświadczeniem z podmiotu leczniczego stanowiącym załącznik nr 7 do SWK.

5. Udokumentowane posiadanie certyfikatu ukończenia kursu ochrony radiologicznej
 pacjenta ORP.

6. Dostępność przez 7 dni w tygodniu w godzinach określonych w powyższej tabeli.

**Zakres obowiązków:**

1. Zapewnienie opieki lekarskiej pacjentom w Izbie Przyjęć i Całodobowym Ambulatorium Urazowo – Ortopedycznym oraz Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych w ramach dyżurów medycznych.

2. Współpraca z personelem oddziałów oraz innych komórek organizacyjnych Udzielającego Zamówienia.

3. Udzielanie porad ambulatoryjnych w Izbie przyjęć i Całodobowym Ambulatorium Urazowo – Ortopedycznym Udzielającego Zamówienia.

4. Prowadzenie procesu leczenia zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegawczymi i leczenia chorób.

5. Prowadzenie sprawozdawczości z realizacji zadań zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu standardami dokumentacji medycznej.

6. Udzielanie informacji pacjentowi i osobie upoważnionej przez pacjenta o sposobach leczenia i diagnostyki.

7. Asysta do zabiegów w ramach dyżurów medycznych.

8. Wykonywanie innych czynności zleconych przez Kierownika Izby Przyjęć i Całodobowego Ambulatorium Urazowo – Ortopedycznym, jak również kierownika dyżuru Izby Przyjęć oraz Oddziałów Urazowo – Ortopedycznych.

……………………………………………………

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

Załącznik nr 2 **ZM**

Znak sprawy: KJ.272/K/6/2024

……………………………………………

*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:**

Realizacja w okresie od 19.07.2024 r. do 08.10.2025 r.

**III. CENA:**

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia
na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu **KJ.272/K/6/2024**
na **zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w ramach pełnienia stacjonarnych dyżurów w Izbie Przyjęć i Całodobowym Ambulatorium Urazowo – Ortopedycznym oraz
w Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych przez lekarzy specjalistów i rezydentów
w zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu** za cenę łączną (zgodnie z sumą
z załącznika nr 1 do SWK):

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

1. Stawka za pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych w Izbie Przyjęć w dni robocze
 w godzinach od 15:00 do 7:25 dnia następnego, opcjonalnie od 7:25 do 7:25 dnia następnego : ……………………. zł brutto za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych.

2. Stawka za pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych w Izbie Przyjęć w dni wolne
 w godzinach od 7:25 do 7:25 dnia następnego: ……………………. zł brutto za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych.

3. Stawka za pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych w Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych w dni robocze w godzinach od 15:00 do 7:25 dnia następnego, opcjonalnie od 7:25 do 7:25 dnia następnego: ……………………. zł brutto za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych.

4. Stawka za pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych w Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych w dni wolne w godzinach od 7:25 do 7:25 dnia następnego: ……………………. zł brutto za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych.

5. **Uśredniona cena jednostkowa wszystkich ww. świadczeń ……………….. zł**

*(proszę przenieść obliczoną średnią arytmetyczną z tabeli z zał. nr 1 do SWK)*

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że cena brutto oferty oraz uśredniona cena jednostkowa świadczonych usług 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 i KOMPLEKSOWOŚĆ:**

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 przedmiotem zamówienia | Kwalifikacje zawodowe:specjalista/ rezydent | Liczba lat specjalizacji /rezydentury | Rola w realizacji zamówienia | Opinia z podmiotu leczniczego (Zał. nr 8 do SWK)TAK / NIE |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |

Minimalna liczba osób udzielających świadczenie zdrowotne to 2 osoby.

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium jakość:

* Zapewnienie co najmniej 2 osób posiadających dyplom specjalizacji z ortopedii
i traumatologii narządu ruchu lub w przypadku lekarza rezydenta doświadczenie
w dyżurowaniu w Izbie Przyjęć Urazowo–Ortopedycznej / Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych powyżej 2 lat potwierdzone zaświadczeniem stanowiącym zał. nr 7
do SWK – 100 pkt.
* Zapewnienie mniej niż 2 osób posiadających dyplom specjalizacji z ortopedii
i traumatologii narządu ruchu lub w przypadku lekarza rezydenta doświadczenie
w dyżurowaniu w Izbie Przyjęć Urazowo–Ortopedycznej / Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych od 1 oku do 2 lat potwierdzone zaświadczeniem stanowiącym zał. nr 7
do SWK – 0 pkt.

 **Wymagany co najmniej jednoroczny staż w pracy w Izbie Przyjęć Ortopedycznej
/ Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych, w których lekarz rezydent świadczy usługi
medyczne objęte postępowaniem konkursowym, potwierdzony zaświadczeniem
z podmiotu leczniczego stanowiącym załącznik nr 7 do SWK Brak zaświadczeń
poskutkuje odrzuceniem oferty.**

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość:

* Zapewnienie co najmniej 2 osób posiadających pozytywne opinie z innych podmiotów,
w których personel Oferenta świadczy usługi objęte postępowaniem konkursowym wyrażone załącznikiem nr 8 do SWK – 100 pkt.
* Zapewnienie mniej niż 2 osób posiadających pozytywne opinie z innych podmiotów,
w których personel Oferenta świadczy usługi objęte postępowaniem konkursowym wyrażone załącznikiem nr 8 do SWK – 0 pkt.

**V. DOSTĘPNOŚĆ:**

**Zamawiający wymaga dostępności 7 dni w tygodniu wg godzin określonych w załączniku
nr 1 do SWK.**

**Weryfikacja dostępności:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dni udzielaniaświadczeń zdrowotnych** | **Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych****od – do** | **DostępnośćTAK / NIE** |
| Dni robocze | 15:00 – 7:25 dnia następnegolub w razie potrzeby 7:25 – 7:25 dnia następnego |  |
| Sobota | 7:25 – 7:25 dnia następnego |  |
| Niedziela | 7:25 – 7:25 dnia następnego |  |
| Święta | 7:25 – 7:25 dnia następnego |  |
| L. p. | Imię, nazwisko osoby biorącej udział w realizacji zamówienia | Dostępność przez 7 dni w tygodniuTAK / NIE |
|
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| ... |  |  |
| ... |  |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium dostępność:

* Zapewnienie co najmniej 2 osób dostępnych 7 dni w tygodniu w okresie obowiązywania umowy poświadczone dokumentem – 100 pkt.
* Zapewnienie mniej niż 2 osób dostępnych 7 dni w okresie obowiązywania umowy
w tygodniu poświadczone dokumentem – 0 pkt.

**Zapewnienie o dostępności przez 7 dni w tygodniu musi zostać potwierdzone podpisaniem imiennego oświadczenia stanowiącego załącznik nr 10 do SWK. Brak ww. oświadczenia poskutkuje przyznaniem 0 pkt.**

**VI. CIĄGŁOŚĆ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L. p. | Imię, nazwisko osoby biorącej udział w realizacji zamówienia | Gotowość do podjęcia współpracy na cały okres obowiązywania umowyTAK / NIE |
|
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| ... |  |  |
| ... |  |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium ciągłość:

* Zapewnienie co najmniej 2 osób deklarujących gotowość do podjęcia współpracy na cały okres obowiązywania umowy poświadczone dokumentem – 100 pkt.
* Zapewnienie mniej niż 2 osób deklarujących gotowość do podjęcia współpracy na cały okres obowiązywania umowy – 0 pkt.

**Zapewnienie o gotowości do podjęcia współpracy na cały okres obowiązywania umowy musi zostać potwierdzone podpisaniem imiennego oświadczenia stanowiącego załącznik
nr 11 do SWK. Brak ww. oświadczenia poskutkuje przyznaniem 0 pkt.**

**VII. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:**

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

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

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

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

……………………………………………………

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