

## FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

**Przedmiot konkursu:**

.....

**Udzielający zamówienia:**

*Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
40-027 Katowice, ul. Francuska 20-24*

**I. Dane Oferenta**

Nazwa Oferenta .....

Siedziba Oferenta .....

NIP..... Regon ..... Pesel\* .....

tel. .... Fax .....

Osoba do kontaktu.....

Dane teleadresowe osoby do kontaktu .....  
(jeśli taka osoba została wyznaczona) (tel.; fax; e-mail)

**II. Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert z zakresu:**

.....  
dla pacjentów *Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach*, zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO) oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie:

Pakiet nr 1 : za cenę:.....słownie:.....

Pakiet nr 2 : za cenę:.....słownie:.....

**Termin realizacji:**

01.10.2016-30.09.2019

**III. Wymagania szczegółowe dla pakietów**

<b>Warunki wymagane dla pakietu nr 1:</b>	
Przygotowanie procedur i zasad przygotowania pacjenta-jeżeli wykonanie świadczenia wymaga przeprowadzenia określonego postępowania przygotowawczego u pacjenta.	<b>tak/nie/ nie jest wymagane**</b>
Zapewnienie dostępu do badań/konsultacji od poniedziałku do piątku w godzinach: 8:00-14:35	<b>tak</b>
Termin realizacji świadczenia planowego od momentu zgłoszenia- do 3 dni.	<b>tak</b>
Termin realizacji świadczenia <i>CITO</i> od momentu zgłoszenia- do 24 godzin.	<b>tak</b>
Zapewnienie możliwości wykonania konsultacji/badań poza wyznaczonymi godzinami po wcześniejszym kontakcie telefonicznym, niezależnie od pory dnia i nocy przez wszystkie dni w roku. Należy przez to rozumieć całodobowy dostęp do konsultacji.	<b>tak</b>
<b>Warunki wymagane dla pakietu nr 2:</b>	
Przygotowanie procedur i zasad przygotowania pacjenta-jeżeli wykonanie świadczenia wymaga przeprowadzenia określonego postępowania przygotowawczego u pacjenta.	<b>tak/nie/ nie jest wymagane**</b>
Zapewnienie dostępu do badań/konsultacji od poniedziałku do piątku w godzinach: 8:00-14:35	<b>tak</b>
Termin realizacji świadczenia planowego od momentu zgłoszenia- do 3 dni.	<b>tak</b>
Termin realizacji świadczenia <i>CITO</i> od momentu zgłoszenia- do 24 godzin.	<b>tak</b>
Termin realizacji świadczenia planowego od momentu zgłoszenia- do 3 dni.	<b>tak</b>
<b>Wymagania dodatkowo punktowane dla wszystkich pakietów (NIE WYMAGANE):</b>	
Posiadanie certyfikatu systemu zarządzania jakością ISO.	<b>tak/nie</b>
Posiadanie standardu wymiany informacji pomiędzy systemami informatycznymi za pomocą protokołu HL7.	<b>tak/nie</b>

**IV.** Telefoniczny sposób przyjmowania zgłoszeń: nr tel. ....Fax.....

**V.** Odległość miejsca wykonywania konsultacji od siedziby Udzielającego zamówienia .....

**VI.** Minimalna liczba osób jakie będą wykonywały świadczenia będące przedmiotem niniejszej umowy wynosi.....

**VII.** Osobą odpowiedzialną za organizację udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu jest.....

**VIII.** Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

**IX.** Oświadczam, że:

- uważam się za związanego z ofertą do upływu terminu wskazanego w szczegółowych warunkach konkursu ofert,
- z pełną starannością zapoznałem się z warunkami postępowania konkursowego oraz warunkami realizacji zamówienia określonymi w SWKO i projekcie umowy, przyjmuję je bez zastrzeżeń, a w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia,
- wszystkie składające się na ofertę dokumenty, w tym oświadczenia, przedstawiają stan prawny i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty,
- zainteresowałem się i uzyskałem wszystkie konieczne informacje, niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia będące przedmiotem konkursu.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczętka i podpis osoby Uprawnionej)

\*dotyczy osób fizycznych legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie będącym przedmiotem konkursu

\*\* zaznaczyć właściwie

.....  
(pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta)

## OŚWIADCZENIE OFERENTA O WPISACH DO REJESTRÓW

### 1. Oświadczam, że jako Oferent jestem\*:

- Podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez:....., **pod numerem księgi rejestrowej:**.....
- praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez:....., **pod numerem księgi rejestrowej:**.....
- osobą fizyczną inną niż wymienione powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielenia świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.

### 2. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do\*:

Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem.....  
*nie dotyczy*

### 3. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do\*:

Ewidencji Działalności Gospodarczej, prowadzonej przez:.....  
**pod numerem Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej:**.....  
*nie dotyczy*

Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta oraz odpowiedzialnością wynikającą z przepisów prawa.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczętka i podpis osoby Uprawnionej)

\* właściwe zaznaczy

.....  
(pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta)

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu ofert w przedmiocie :**udzielania świadczeń zdrowotnych** w zakresie:

.....  
**dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach oświadczam,**

że jestem podmiotem wymienionym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz.U. z 2015r Nr 0, poz.618 z późn. zm.) mogącym ubiegać się o udzielenie zamówienia na w/w świadczenia zdrowotne, oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj.:

- a) spełniam wszystkie wymagane przepisami prawa warunki i standardy do świadczenia usług w zakresie przedmiotu zamówienia oraz dysponuję niezbędnym sprzętem, urządzeniami i pomieszczeniami umożliwiającymi ich realizację, a także oświadczam, iż spełniam standardy Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia określone dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w dziedzinie objętej postępowaniem konkursowym. Aparatura i sprzęt medyczny posiada stosowne certyfikaty i atesty uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami, oraz aktualne przeglądy wykonywane przez uprawnione serwisy.
  - b) dysponuję odpowiednimi warunkami lokalowymi oraz środkami transportu i łączności niezbędnymi dla prowadzenia działalności w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych z dziedziny obejmującej przedmiot postępowania konkursowego;
  - c) posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu postępowania konkursowego,
  - d) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
- Oświadczam, że wyrażam gotowość poddania się kontroli przeprowadzonej przez NFZ na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r . (tekst jednolity: Dz. U. z 2015r. Nr 0, poz.581 ) w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w w/w ustawie oraz do kontroli innych uprawnionych organów i osób.
  - Oświadczam, że dysponuję wykwalifikowanym personelem o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych pozwalających do pełnej realizacji przedmiotu konkursu.
  - Oświadczam, że posiadam ważną i aktualną polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz, że ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia.
  - Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
  - Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy, akceptuję go i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
  - Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
  - Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonania, świadczeń objętych zakresem postępowania konkursowego z najwyższą starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczętka i podpis osoby Uprawnionej)