

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:

36 miesięcy od daty zawarcia umowy.

III. Wymagania szczegółowe dla pakietu nr 1

Warunki wymagane:	
Zapewnienie dostępu do konsultacji od poniedziałku do piątku w godzinach 8 ⁰⁰ -14 ⁰⁰ po wcześniejszym kontakcie telefonicznym.	tak
Zapewnienie możliwości wykonania konsultacji 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 świadczeń	tak
Termin realizacji świadczeń planowych: do 48 godzin od momentu zgłoszenia.	tak
Termin realizacji świadczeń „CITO”: do 12 godzin od momentu zgłoszenia.	tak
Opracowanie procedur i zasad przygotowania pacjenta - jeżeli wykonanie świadczenia wymaga przeprowadzenia określonego postępowania przygotowawczego u pacjenta.	tak/nie/nie jest wymagane
Wymagania dodatkowo punktowane dla wszystkich pakietów (NIE WYMAGANE):	
Posiadanie certyfikatu systemu zarządzania jakością ISO.	tak/nie
Posiadanie standardu wymiany informacji pomiędzy systemami informatycznymi za pomocą protokołu HL7.	tak/nie

IV. Wymagania szczegółowe dla pakietu nr 2

Warunki wymagane:	
Zapewnienie dostępu do konsultacji od poniedziałku do piątku w godzinach 8 ⁰⁰ -14 ⁰⁰ po wcześniejszym kontakcie telefonicznym.	tak
Termin realizacji świadczeń: do 72 godzin od momentu zgłoszenia.	tak
Opracowanie procedur i zasad przygotowania pacjenta - jeżeli wykonanie świadczenia wymaga przeprowadzenia określonego postępowania przygotowawczego u pacjenta.	tak/nie/nie jest wymagane
Wymagania dodatkowo punktowane dla wszystkich pakietów (NIE WYMAGANE):	
Posiadanie certyfikatu systemu zarządzania jakością ISO.	tak/nie
Posiadanie standardu wymiany informacji pomiędzy systemami informatycznymi za pomocą protokołu HL7.	tak/nie

V. Telefoniczny sposób przyjmowania zgłoszeń: nr tel.Fax.....

VI. Odległość miejsca wykonywania konsultacji od siedziby **Udzielającego Zamówienia**

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

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

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

X. 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)

.....
(pieczęć i podpis osoby Uprawnionej)

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

** zaznaczyć właściwe

.....
(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 zaznaczyć

.....
(pieczęćka 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 2018r, poz.160 z późn. zm.) mogący 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 techniczne w ilości i zakresie zgodnym z zaleceniami producenta.
 - 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 2017r. poz. 1938 z późn. zm.) 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)

.....
(pieczęćka i podpis osoby Uprawnionej)