

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:.....

Termin realizacji:

- **Pakiet nr 1:** od 01.10.2019r. do 31.05.2022r.
- **Pakiet nr 2:** od 01.10.2019r. do 31.05.2022r

III. Wymagania szczegółowe

| Warunki wymagane: | |
|--|---|
| Zapewnienie dostępu do świadczeń od poniedziałku do piątku w godzinach od 8 ⁰⁰ do 14 ³⁵ . | tak |
| Zapewnienie możliwości wykonania świadczeń poza wyznaczonymi godzinami po wcześniejszym kontakcie telefonicznym, niezależnie od pory dnia i nocy przez wszystkie dni kalendarzowe w roku. Należy przez to rozumieć całodobowy dostęp do badań/konsultacji. | tak |
| Termin wykonania świadczenia planowanego: do 3 dni kalendarzowych od momentu zgłoszenia. | tak |
| Termin wykonania świadczenia cito: do 24 godziny 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 w zakresie przedmiotu zamówienia. | tak/nie** |
| Posiadanie standardu wymiany informacji pomiędzy systemami informatycznymi za pomocą protokołu HL7. | tak/nie** |

- IV.** Telefoniczny sposób przyjmowania zgłoszeń: nr tel.Fax.....
- V.** Odległość miejsca wykonywania świadczenia 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 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

.....
(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 2018r, poz. 2190 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 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 2004 r. (tekst jednolity: Dz. U. z 2019r poz. 1373 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 umowy z najwyższą starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, technicznej i analitycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych.

.....
(miejscowość, data)

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