

Dane oferenta :

.....
Imię i nazwisko / Nazwa*

....., dnia

.....
Adres / Siedziba*

.....
Adres do korespondencji

.....
(numer wpisu do właściwego rejestru i
oznaczenie organu dokonującego wpisu)

.....
NIP

.....
REGON

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia
z Zakładem Opiekuńczo- Leczniczym SPZOZ
61-285 Poznań, ul. Szwajcarska 3

FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo- Leczniczym SPZOZ z siedzibą przy ul. Szwajcarskiej 3 w zakresie:

Udzielania świadczeń w zakresie endoskopii diagnostycznej i zabiegowej

Oferowane świadczenia opieki zdrowotnej udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności, a także leków i materiałów Udzielającego zamówienia.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia , regulaminem przeprowadzania konkursu ofert i prac komisji konkursowej oraz projektem umowy na świadczenia zdrowotne i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

Zobowiązuję się, iż umowę będę wykonywał przy udziale wykwalifikowanego **Personelu** w Pracowni Endoskopii wg harmonogramu uzgodnionego z Udzielającym zamówienia.

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg stawki :

- 1. Za świadczenia zrealizowane na rzecz pacjentów Szpitala w ramach umowy zawartej między Szpitalem a NFZ na realizację AMBULATORYJNYCH ŚWIADCZEŃ DIAGNOSTYCZNYCH KOSZTOCHŁONNYCH (kod rodzaju umowy 02/3) :**

Wycena punktowa zgodna z katalogiem NFZ x _____ % ceny punktu będącego podstawą rozliczenia między Szpitalem a NFZ, z uwzględnieniem ust. 2 niniejszego paragrafu;

2. **Za świadczenia zrealizowane na rzecz pacjentów Oddziału Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Kolorektalnej, którzy mieli wykonywane zabiegi tylko w ramach Pracowni Endoskopii (bez konieczności wykonania operacji)**

Wycena punktowa grup JGP zgodna z katalogiem NFZ (dla danej umowy i dla danego pacjenta) x _____% ceny punktu będącego podstawą rozliczenia między Szpitalem a NFZ , z uwzględnieniem ust. 2 niniejszego paragrafu

3. **Za świadczenia realizowane na rzecz pacjentów hospitalizowanych w pozostałych oddziałach Szpitala– zgodnie z poniższą tabelą:**

183-Gastroskopia	Zgodnie z pkt.1
184-Gastroskopia + wycinek z badaniem histopatologicznym	Zgodnie z pkt.1
185-Gastroskopia + wycinek bez badania histopatologicznego	Zgodnie z pkt.1
186-Gastroskopia + test urazowy	Zgodnie z pkt.1
187-Gastroskopia + wycinki + test z badaniem histopatologicznym	Zgodnie z pkt.1
189-Gastroskopia + sklerotyzacja igłowa	
190-Gastroskopia + opaskowanie	
191-Gastroskopia + polipektomia z badaniem histopatologicznym	
193-Gastroskopia + PEG	
194-Gastroskopia + koagulacja argonowa	
195-Gastroskopia z założeniem protezy samorozprężalnej	
199-Kolonoskopia diagnostyczna	Zgodnie z pkt.1
200-Kolonoskopia + biopsja	Zgodnie z pkt.1
201-Kolonoskopia + polipektomia (od 1 do 3)	Zgodnie z pkt.1
202-Kolonoskopia + polipektomia (powyżej 3)	Zgodnie z pkt.1
203-Kolonoskopia z zabiegiem terapeutycznym, leczenie zmian naczyniowych	

205-ECPW- diagnostyczne	
206-ECPW - papilotomia	
207-ECPW - papilotomia + protezowanie	
208-ECPW - papilotomia + usunięcie złogów (od 1 do 3)	
209-ECPW - papilotomia + usunięcie złogów (opowyżej 3 lub powyżej 12 mm)	
210-ECPW - papilotomia + usunięcie złogów + protezowanie	
210-ECPW - papilotomia + usunięcie złogów + protezowanie	
212-ECPW + wymiana protez	
213-ECPW + usunięcie protezy	
217-Drenaż torbieli trzustki	
300-Endoskopowe tamowanie krwawienia	
EUS- endosonografia	

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres
od..... r. – dor.

Oświadczam, że Personel posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych przedmiotem zamówienia. Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych: dyplom, dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie objętej ofertą oraz prawo wykonywania zawodu oraz inne dokumenty wymagane w postępowaniu konkursowym załączam do oferty.

Oświadczam, że zobowiązuję się zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową na zasadach przewidzianych w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2013 r. , poz. 217) i dostarczyć Udzielającemu zamówienie w ciągu 7 dni od rozpoczęcia udzielania świadczeń i zapewnić jej obowiązywanie przez cały czas trwania umowy. Oświadczam, że Personel nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i zaświadczenia lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy potwierdzające ten fakt przedstawię najpóźniej w przeddzień podpisania umowy.

Oświadczam, że Personel odbył przewidziane przepisami prawa pracy szkolenie bhp, ppoż i

stanowiskowe. Zaświadczenia o odbytych szkoleniach dostarczę najpóźniej w przeddzień podpisania umowy.

Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności leczniczej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS- em.

Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

Oświadczam, że w przypadku wyboru przez Udzielającego zamówienia mojej oferty dokonam wpisu w rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą uwzględniającego rodzaj i zakres świadczeń zdrowotnych wskazanych w ofercie, wykonywanych w pomieszczeniach Udzielającego zamówienia w terminie do dnia 31.03.2017 roku.

W załączeniu składam:

1. aktualny wpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
2. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez Wojewodę Wielkopolskiego
3. wykaz Personelu z załączonymi kserokopiami dokumentów potwierdzających kwalifikacje
5. zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
6. decyzja w sprawie nadania numeru identyfikacji podatkowej

.....
(pieczęć i podpis)