

Dane oferenta :

....., dnia

Imię i nazwisko / Nazwa*

.....

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- Lecznym SPZOZ z
siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3
61-285 Poznań, ul. Szwajcarska 3

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

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

Udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Minimalnie Inwazyjnej oraz w zakresie endoskopii diagnostycznej i zabiegowej w Pracowni Endoskopii

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 Zarządzenia Dyrektora nr 74 z dnia 11.12.2024 r., Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert i pracy komisji konkursowej, Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy (dalej: umowa) na świadczenia zdrowotne i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania ofert.

Zobowiązuję się, iż umowę będę wykonywał przy udziale wykwalifikowanego **Personelu w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Minimalnie Inwazyjnej oraz w Pracowni Endoskopii**

wg harmonogramu uzgodnionego z Udzielającym zamówienia i zgodnie z postanowieniami umowy.

Za realizację zamówienia oczekuję należności:

.....

a) Z tytułu realizacji świadczeń w rodzaju AOS – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w Pracowni Endoskopii:

- I. ____% z iloczynu liczby punktów podlegającej rozliczeniu i odpowiadającej jej cenie punktu rozliczeniowego stanowiącego podstawę rozliczenia między Szpitalem a NFZ z pominięciem punktów należnych z tytułu procedur:
5.05.00.0000105 KONSULTACJA W ZAKRESIE KWALIFIKACJI DO WYKONANIA ZNIECZULENIA DO ZABIEGU DIAGNOSTYCZNEGO,
5.05.00.0000105 ZNIECZULENIE CAŁKOWITE DOŻYLNIE – KATEGORIA 1,

b) Z tytułu realizacji świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Minimalnie Inwazyjnej:

- I. ____% z iloczynu liczby punktów podlegającej rozliczeniu i odpowiadającej jej cenie punktu rozliczeniowego stanowiącego podstawę rozliczenia między Szpitalem a NFZ dla świadczeń realizowanych w ramach ryczału PSZ,
II. ____% z iloczynu liczby punktów podlegającej rozliczeniu i odpowiadającej jej cenie punktu rozliczeniowego stanowiącego podstawę rozliczenia między Szpitalem a NFZ dla świadczeń realizowanych poza ryczałem PSZ,

c) Z tytułu realizacji świadczeń realizowanych w Pracowni Endoskopii na rzecz innych oddziałów, aniżeli Oddział Chirurgii Ogólnej i Minimalnie Inwazyjnej, zgodnie z poniższą tabelą:

Lp.	Katalog usług Pracowni Endoskopii	Wartość PLN
1	183-Gastroskopia	
2	184-Gastroskopia + wycinek z badaniem histopatologicznym	
3	185-Gastroskopia + wycinek bez badania histopatologicznego	
4	186-Gastroskopia + test ureazowy	
5	187-Gastroskopia + wycinki + test z badaniem histopatologicznym	
6	189-Gastroskopia + sklerotyzacja igłowa	
7	190-Gastroskopia + opaskowanie	
8	191-Gastroskopia + polipektomia z badaniem histopatologicznym	
9	193-Gastroskopia + PEG	
10	194-Gastroskopia + koagulacja argonowa	
11	195-Gastroskopia z założeniem protezy samorozprężalnej	
12	199-Kolonoskopia diagnostyczna	
13	200-Kolonoskopia + biopsja	
14	201-Kolonoskopia + polipektomia (od 1 do 3)	
15	202-Kolonoskopia + polipektomia (powyżej 3)	

16	203-Kolonoskopia z zabiegiem terapeutycznym, leczenie zmian naczyniowych	
17	205-ECPW- diagnostyczne	
18	206-ECPW - papilotomia	
19	207-ECPW - papilotomia + protezowanie	
20	208-ECPW - papilotomia + usunięcie złogów (od 1 do 3)	
21	209-ECPW - papilotomia + usunięcie złogów (opowyżej 3 lub powyżej 12 mm)	
22	210-ECPW - papilotomia + usunięcie złogów + protezowanie	
23	212-ECPW + wymiana protez	
24	213-ECPW + usunięcie protezy	
25	217-Drenaż torbieli trzustki	
26	300-Endoskopowe tamowanie krwawienia	
27	Endosonografia dróg żółciowych/ trzustki (EUS)	

- d) ____ % wartości świadczeń udzielonych pacjentom finansowanych ze środków innych niż kontrakt z NFZ (np. pacjenci spoza Unii Europejskiej) w przypadkach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia, przy czym kwota do zapłaty zostanie przekazana **Przyjmującemu Zamówienie** po otrzymaniu przez **Udzielającego Zamówienia** należności za wykonane świadczenie. Świadczenie zdrowotne pacjentom nieubezpieczonym może być udzielone tylko w przypadkach bezpośredniego zagrożenia utraty życia lub zdrowia. Planowe przyjęcie na oddział pacjenta nieubezpieczonego skutkować będzie wystawieniem przez **Udzielającego Zamówienie** noty obciążeniowej w wysokości kosztów wykonania świadczenia i zostanie ona skompensowana z wynagrodzeniem należnego **Przyjmującemu Zamówienie** z tytułu realizacji niniejszej umowy, począwszy od najbliższej faktury wystawionej przez **Przyjmującego Zamówienie**, na co **Przyjmujący Zamówienie** niniejszym wyraża zgodę.
- e) Wynagrodzenie na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów (Dz.U. 2022 poz. 2093) określane przez koordynatora POLTRANSPLANT,
- f) % ceny określonej w umowie zawartej przez Szpital lub wynikającej z obowiązującego w Szpitalu cennika za wykonywanie konsultacji dla podmiotów zewnętrznych, przy czym kwota do zapłaty zostanie przekazana **Przyjmującemu Zamówienie** po otrzymaniu przez **Udzielającego Zamówienia** należności za wykonane świadczenie

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego Zamówienia złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na okres **od.1 stycznia 2025 r. – do 31 grudnia 2025 r.** oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych w w/w okresie

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

- a) przedkładam oświadczenie o miejscu zamieszkania złożone przez każdego z członków Personelu zgłoszonego do realizacji umowy,
- b) przedkładam do oferty zaświadczenie członków Personelu Przyjmującego zamówienie zgłoszonego do realizacji umowy z Krajowego Rejestru Karnego lub rejestru karnego innego państwa zgodnie z przepisami art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich, lub
- c) przedkładam do oferty oświadczenia złożone przez członków Personelu zgłoszonego do realizacji umowy w przedmiocie niekaralności, którzy w chwili składania oferty nie posiadają zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego lub rejestru karnego innego państwa zgodnie z przepisami art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich, i zobowiązuję się w terminie 3 dni roboczych przed zawarciem umowy do przedłożenia zaświadczenie wystawionego z Krajowego Rejestru Karnego lub rejestru karnego innego państwa zgodnie z przepisami art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich każdego z członków personelu zgłoszonego do realizacji umowy ¹

Oświadczam, że zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy. Polisę potwierdzającą zawarcie w.w umowy przedstawię w terminie zgodnym z postanowieniami umowy.

Oświadczam, że Personel nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Zaświadczenia lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy

a) ¹ (pkt b) lub c) -do wyboru – w zależności od posiadanych dokumentów

potwierdzające ten fakt przedstawię w terminie zgodnym z postanowieniami umowy.

Oświadczam, że Personel odbędzie przewidziane przepisami prawa pracy szkolenie bhp, ppoż i stanowiskowe. Zaświadczenia o odbytych szkoleniach dostarczę najpóźniej przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie zawartej 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.

.....

(pieczętka i podpis)

W załączeniu składam:

1. aktualny wpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/ Krajowego Rejestru Sądowego
2. wykaz Personelu z załączonymi kserokopiami dokumentów potwierdzających kwalifikacje
3. oświadczenia o miejscu zamieszkania złożone przez każdego z członków Personelu zgłoszonego do realizacji umowy,
4. zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego lub rejestru karnego innego państwa zgodnie z przepisami art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich,
5. oświadczenia złożone przez członków Personelu zgłoszonego do realizacji umowy w przedmiocie niekaralności, którzy w chwili składania oferty nie posiadają zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego lub rejestru karnego innego państwa zgodnie z przepisami art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich,

.....

(pieczętka i podpis)