

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- Lecznicznym 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- Lecznicznym SPZOZ z siedzibą przy ul. Szwajcarskiej 3 w zakresie:

Udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- 1. Urologii w Oddziale Urologicznym**
- 2. Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni Urologicznej**

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 Urologii oraz Poradni Urologicznej**

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

Za realizację zamówienia oczekuję należności:

1. W zakresie Urologii w Oddziale Urologicznym

Przyjmującemu Zamówienie przysługuje następujące wynagrodzenie brutto:

- a) Z tytułu realizacji świadczeń medycznych w ramach ryczału PSZ:
 - ____% z iloczynu liczby punktów podlegających zapłacie i ceny punktu rozliczeniowego stanowiącego podstawę rozliczenia między Szpitalem a NFZ;
- b) Z tytułu realizacji innych świadczeń medycznych realizowanych w ramach umów zawartych z NFZ, aniżeli wskazanych w punkcie „a”:
 - ____% z iloczynu liczby punktów podlegających zapłacie i ceny punktu rozliczeniowego stanowiącego podstawę rozliczenia między Szpitalem a NFZ,
- c) ____% wartości brutto świadczeń udzielonych pacjentom finansowanych ze środków innych niż kontrakt z NFZ (np. pacjenci spoza Unii Europejskiej) w stanach zagrożenia życia i zdrowia
- d) Wynagrodzenie brutto 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) określone przez koordynatora POLTRANSPLANT.
- e) ____% ceny określonej w umowie zawartej przez Szpital lub wynikającej z obowiązującego w Szpitalu cennika za wykonywanie konsultacji dla podmiotów zewnętrznych,

2. W zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni Urologicznej

Przyjmującemu Zamówienie przysługuje następujące wynagrodzenie brutto:

- a) Z tytułu realizacji świadczeń w rodzaju AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna:
____% z iloczynu liczby punktów podlegającej rozliczeniu i odpowiadającej jej cenie punktu rozliczeniowego stanowiącego podstawę rozliczenia między Szpitalem a NFZ,
- b) ____% 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.
- c) ____% ceny określonej w umowie zawartej przez Szpital lub wynikającej z obowiązującego w Szpitalu cennika za wykonywanie konsultacji / usług dla podmiotów zewnętrznych, pod warunkiem, że świadczenia te finansowane są ze środków publicznych, przy czym kwota do zapłaty zostanie przekazana

Przyjmującemu Zamówienie po otrzymaniu przez **Udzielającego Zamówienia** należności za wykonane świadczenia.

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 30 czerwca 2027 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 potwierdzająca zawarcie w.w umowy przedstawię w terminie zgodnym z postanowieniami umowy.

Oświadczam, że Personel nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń

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

opieki zdrowotnej. Zaświadczenia lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy 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)