**FORMULARZ OFERTOWY**

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie**ortopedii i traumatologii ruchu w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Bloku Operacyjnym Szpitala SP ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła  II**, ul. Wojska Polskiego 51, na rzecz pacjentów w okresie od 01.10.2024 r. do  dnia  31.12.2025 r.

# **Dane świadczeniodawcy:**

1. Imię i nazwisko/nazwa podmiotu oraz imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych w imieniu podmiotu: ……………………………………………………………..................................................................
2. Siedziba:…………………………………………………………………………………………………
3. Prowadzący działalność gospodarczą pod nazwą:

……………………………………………………………………………………………………………

1. NIP…………………………………………REGON…………………………………………………...
2. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą……………………
3. Specjalizacja: …………………………………………………….………………………….....
4. Tytuł naukowy: …………………………………………………………………………………
5. Adres poczty internetowej(e-mail) ;……………………………………nr tel.:……………………

# **Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny:**

Świadczenia zdrowotne zawarte w ofercie wykonywane będą na bazie sprzętu i pomieszczeń w  siedzibie szpitala SP ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II.

# **Określenie stawki za udzielone świadczenie.**

1. Stawka ………. zł/godz. brutto (słownie złotych: ………..00/100); za godzinę udzielania świadczeń w miejscu realizacji umowy, w zakresie pełnienia dyżurów lekarskich: w dni robocze w godzinach 15:00 – 7:30 oraz w dni świąteczne 7:30 – 7:30.
2. …… % (słownie : ..............%) wartości wypracowanych punktów, przy założeniu wartości punktu jako ceny jednostkowej 1,44 złotego za osobiste wykonanie zabiegów lub diagnostycznych procedur medycznych wykonywanych w czasie nominalnym tj. od poniedziałku do piątku w godzinach
7:30 – 15:00 w szczególności tych wymaganych do prawidłowego i optymalnego rozliczenia danej hospitalizacji przez NFZ (kody icd-10 oraz icd-9). Wynagrodzenie to przysługuje jedynie w granicach limitu kontraktu zawartego przez Udzielającego zamówienie z NFZ – strony w drodze porozumienia ustalaną comiesięczny limit zabiegów z podziałem ich na: planowane i pilne.
3. ...... % (słownie : ..............%) wartości świadczeń wykonanych ponad limit umowy zawartej z NFZ (nadwykonań), ustalony z Kierownictwem udzielającego zamówienie – SP ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II

Stawka w kwocie brutto za godzinę specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii w  Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Bloku Operacyjnym Szpitala winna mieścić się w  granicach:

* **do 160 zł (brutto) za godzinę udzielenia świadczeń** w miejscu realizacji umowy, w zakresie pełnienia dyżurów lekarskich: w dni robocze w godz. 15:00 – 7:30 oraz w dni świąteczne
7:30 – 7:30;
* **do 15% wartości wypracowanych punktów**, przy założeniu wartości ceny jednostkowej za punkt **1,44  zł** za osobiste wykonanie zabiegów lub procedur diagnostycznych medycznych wykonywanych w czasie nominalnym, tj. od poniedziałku do piątku w godz. 7:30 – 15:00 w  szczególności i tych które są wymagane w ramach rozliczenia hospitalizacji przez NFZ (kod  icd  - 10, icd-9). Wynagrodzenie to przysługuje jedynie w granicach limitu kontraktu zawartego przez udzielającego zamówienie z NFZ. Strony w drodze porozumienia ustala comiesięczny limit zabiegów z podziałem na: planowane; pilne.
* **do 15 % wartości świadczeń** wykonanych ponad limit umowy zawartej z NFZ (nadwykonań), ustalony z Kierownictwem udzielającego zamówienie – SP ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II.

# **Załączniki do oferty:**

1. kopia dyplomu ukończenia studiów wyższych;
2. zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu podmiotu będącego osobą fizyczną lub osoby udzielającej świadczeń w imieniu podmiotu nie będącego osobą fizyczną;
3. dokument potwierdzający specjalizację w danej dziedzinie medycznej;
4. informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z Krajowego Rejestru Sądowego albo Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
5. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych lub grupowych specjalistycznych praktyk lekarskich albo podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub księga rejestrowa stanowiąca wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
6. oświadczenie o posiadaniu ubezpieczenia zgodnego z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
7. kopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia wystawionego przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych lub oświadczenie o zobowiązaniu się do przedłożenia przy podpisywaniu umowy z Udzielającym Zamówienia.

# **Numer konta bankowego:**

………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że:

* zapoznałem/am się z treścią specyfikacji oraz ogłoszenia o wszczęciu postępowania konkursowego na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Bloku Operacyjnym Szpitala Samodzielnego Publicznego Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i  Administracji w Kielcach im. św. Jana Pawła II;
* akceptuję warunki konkursu oraz oświadczam, że spełniam określone w obowiązujących przepisach prawnych i specyfikacji szczegółowych warunków konkursu ofert warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, a w przypadku wybrania mojej oferty, zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów udzielającego zamówienie na powyższych warunkach.

……………..…

(data i podpis świadczeniodawcy)