**WARUNKI KONKURSU OFERT**

**1. Nazwa oraz adres udzielającego zamówienie.**

nazwa: Szpital Uniwersytecki

im. Karola Marcinkowskiego

w Zielonej Górze sp. z o. o.

adres: ul. Zyty 26

65 – 046 Zielona Góra

adres do korespondencji: Szpital Uniwersytecki

im. Karola Marcinkowskiego

w Zielonej Górze sp. z o. o.

Dział Zarządzania Zasobami Ludzkimi

ul. Zyty 26

65 – 046 Zielona Góra

strona internetowa: [www.szpital.zgora.pl](http://www.nowasol.pl/)

adres e-mail [np.w@szpital.zgora](mailto:np.w@szpital.zgora)[.](mailto:zampub@nowasol.pl)pl

faks: 68 325 58 08

godziny urzędowania: poniedziałek – piątek od 7:00 do 14:35

**2. Tryb udzielenia zamówienia.**

* 1. Postępowanie o udzielenie zamówienia prowadzone jest w trybie konkursu ofert, na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2020r., poz. 295) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r(Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 t.j.) o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**3. Opis przedmiotu zamówienia.**

Nomenklatura według Wspólnego Słownika Zamówień (CPV):

85.11.00.00-3 – usługi szpitalne i podobne

3.1 Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych (również w stanach nadzwyczajnych) polegających na ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia pacjentów w zakresie hematologii- hospitalizacja, świadczenia AOS w zakresie hematologii, hematologii- hospitalizacja – świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego- poza pakietem onkologicznym, świadczenia w zakresie hematologii- diagnostyka onkologiczna – poza pakietem onkologicznym , chemioterapii z wyłączeniem substancji czynnych, programy zdrowotne- leczenie przewlekłej białaczki szpikowej z wyłączeniem leku, programów lekowych realizowanych w Oddziale- z wyłączeniem leku oraz hematologii- hospitalizacja- pakiet onkologiczny, świadczenia w zakresie hematologii- diagnostyka onkologiczna realizowanym w Klinicznym Oddziale Hematologii i Poradni Hematologicznej Szpitala Uniwersyteckiego imienia Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

3.2 Szczegółowy zakres i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych określa projekt umowy, który stanowi **załącznik nr 1** do warunków konkursu ofert.

**4. Termin realizacji przedmiotu zamówienia.**

4.1 Termin wykonania przedmiotu zamówienia od dnia **01 grudnia 2020r.**   
do dnia **31 listopada 2023 r.**

**5. Warunki udziału w postępowaniu.**

5.1 O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się oferenci, którzy dysponują zespołem składającym się z co najmniej 4 lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie hematologii lub chorób wewnętrznych.

5.2 Każdy lekarz jest obowiązany spełniać następujące warunki:

a) posiadać prawo wykonywania zawodu,

b) nie może być:

- zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich,

- ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,

- pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym,

c) uzyskać wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

5.3 Niespełnienie powyższych warunków będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

**6. Opis sposobu przygotowania oferty.**

6.1 Ofertę należy sporządzić wypełniając formularz oferty, którego wzór stanowi **załącznik nr 2** do warunków konkursu ofert.

6.2.1 Oferent zobowiązany jest do określenia w formularzu ofertowym w szczególności następujące informacje

1.Za wykonanie przedmiotu umowy **Udzielający zamówienie** przeznaczy **Przyjmującym zamówienie** tytułem wynagrodzenia prowizyjnego łącznie:

a) **……… %** kwoty wynikającej z wykonania i sprawozdania świadczeń wynikających z umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia z zastrzeżeniem że maksymalna podstawa do wyliczenia od 01 grudnia 2020r. do 31 grudnia 2020r. wynosi:

- 67.916,67 zł – w leczeniu szpitalnym hematologia – hospitalizacja co średniomiesięcznie wynosi 67.916,67 zł,

b) **……. %** kwoty wynikającej z wykonania i sprawozdania świadczeń wynikających z umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia z zastrzeżeniem że maksymalna podstawa do wyliczenia od 01 grudnia 2020r. do 31 grudnia 2020r. wynosi:

- 28.270,08 zł AOS hematologia co średniomiesięczne wynosi 28.270,08 zł,

c) **w przypadku** zrealizowania minimalnego średniomiesięcznego ryczałtu w wysokości 28.270,08 zł lub wyżej w zakresie AOS hematologia Przyjmujący zamówienie otrzymają **…..%** kwoty wynikającej z wykonania i sprawozdania świadczeń przez Przyjmujących zamówienie wynikających z umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia

w ryczałcie PSZ – Szpital ogólnopolski,

d) **……. %** kwoty wynikającej ze sprawozdania i sfinansowania świadczeń przez NFZ:

- hematologia – hospitalizacja – świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego – poza pakietem onkologicznym,

- świadczenia w zakresie hematologii – diagnostyka onkologiczna – poza pakietem onkologicznym,

- chemioterapii z wyłączeniem substancji czynnych,

- programu zdrowotnego – leczenie przewlekłej białaczki szpikowej z wyłączeniem leku,

**-** programów lekowych realizowanych w Oddziale – z wyłączeniem leku

e) **…….** **%** kwoty wynikającej ze sprawozdania i sfinansowania świadczeń przez NFZ:

- hematologia – hospitalizacja – pakiet onkologiczny,

- świadczenia w zakresie hematologii – diagnostyka onkologiczna,

2. Wynagrodzenie określone w ust. 1 zostanie pomniejszone o koszty wynagrodzeń za samodzielne dyżury pełnione przez młodszych asystentów, młodszych asystentów-rezydentów, asystentów, starszych asystentów i Kierownika Oddziału pełnione w Klinicznym Oddziale Hematologii **Udzielającego** **zamówienie w przypadku gdy Przyjmujący zamówienie będą pełnili mniej niż 12 dyżurów w miesiącu** . Dyżury towarzyszące akceptowane są wyłącznie za zgodą Udzielającego Zamówienie.

3. Wynagrodzenie określone w ust. 1 zostanie pomniejszone o wartość kosztów wynagrodzenia sekretarki medycznej zatrudnionej w Klinicznym Oddziale Hematologii objętej odrębną umową z zastrzeżeniem , że maksymalna kwota wynagrodzenia wyniesie 3.000,00 zł.

4. W przypadku gdy Przyjmujący zamówienie będą pełnili więcej niż 12 dyżurów w miesiącu, otrzymają należność w wysokości:

a) za godzinę dyżuru ………. zł

w celu dokonania oceny ofert – szacunkowej ceny oferty wg wzoru zawartego w formularzu oferty.

6.3 Sposób rozliczenia wynagrodzenia za wykonanie świadczeń określa projekt umowy, który stanowi **załącznik nr 1** do warunków konkursu ofert.

6.4Wszelkie rozliczenia pomiędzy zamawiającym a wykonawcą będą prowadzone w PLN.

6.5 Do formularza oferty należy załączyć:

1. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, osób, które będą uczestniczyć w realizacji zamówienia tj.: prawo wykonywania zawodu lekarza, dyplom lekarza, dyplom uzyskania specjalizacji lub potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji z zakresu hematologii lub chorób wewnętrznych,
2. dokumenty określające status prawny oferenta, tj. zaświadczenie o wpisie podmiotu leczniczego, indywidualnej/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, łącznie z wydrukiem księgi rejestrowej,
3. zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,

d) aktualne zaświadczenie właściwej Okręgowej Izby Lekarskiej wydane nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem terminu składania ofert potwierdzające, że osoby, które będą uczestniczyć w realizacji zamówienia nie są;

- zawieszone w prawie wykonywania zawodu ani ograniczone w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich,

- ukarane karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,

-pozbawione możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszone w wykonywaniu zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym,

e) obowiązkową polisę oc dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna/ indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska- zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami a w przypadku braku polisy oświadczenie o przedłożeniu polisy odpowiedzialności cywilnej, najpóźniej w dniu podpisania umowy.

6.6 Oferta winna być podpisana przez wszystkie osoby składające ofertę lub osobę/osoby uprawnione do jej reprezentowania. Podpis winien zawierać czytelne imię i nazwisko bądź pieczątkę imienną oraz podpis lub parafkę. W przypadku, gdy ofertę podpisuje pełnomocnik, do oferty należy dołączyć stosowne pełnomocnictwo.

**UWAGA: Pełnomocnictwo należy złożyć w oryginale lub notarialnie poświadczonej kopii.**

6.7 Oferta musi być złożona, pod rygorem nieważności, w formie pisemnej, w języku polskim. Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę.

6.8 Udzielający zamówienia nie dopuszcza możliwości złożenia oferty w formie elektronicznej lub faksem.

6.9 W celu czytelnego zamieszczenia odpowiedniej ilości informacji, wzory załączników można dopasować do indywidualnych potrzeb, zachowując jednak brzmienie ich wzorcowej treści.

6.10 Ewentualne poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania oferenta.

6.11 Dokumenty sporządzone w języku obcym są składane wraz z tłumaczeniem na język polski.

6.12 Dokumenty należy przedstawić w formie oryginałów albo kopii.

### 7. Miejsce i termin składania i otwarcia ofert.

7.1 Ofertę należy przesłać na adres Szpital Uniwersytecki imienia Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Zyty 26, 65 – 046 Zielona Góra lub złożyć w sekretariacie do **19 listopada 2020r. do godziny 14:35**

7.2 Za termin złożenia oferty uważa się termin jej wpływu do siedziby udzielającego zamówienie.

7.3 Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie oznaczonej w następujący sposób: **„Oferta w konkursie ofert –** naudzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie hematologii **oraz napisem „NIE OTWIERAĆ przed terminem otwarcia ofert”– z oznaczeniem nazwy i adresu oferenta.**

7.4 Oferenci mogą wprowadzić zmiany w złożonej ofercie lub ją wycofać, pod warunkiem, że udzielający zamówienia zamawiający otrzyma powiadomienie o wprowadzeniu zmian przed terminem składania ofert. Zarówno zmiana jak i wycofanie oferty wymagają zachowania formy pisemnej. Zmiany dotyczące treści oferty powinny być przygotowane, opakowane i zaadresowane w ten sam sposób jak oferta. Dodatkowo opakowanie, w którym jest przekazywana zmieniona oferta należy opatrzyć napisem ZMIANA. Powiadomienie o wycofaniu oferty powinno być opakowane i zaadresowane w ten sam sposób jak oferta. Dodatkowo opakowanie, w którym jest przekazywane to powiadomienie należy opatrzyć napisem WYCOFANIE.

7.5Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Szpitala Uniwersyteckiego imienia Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Zyty 26, Dział Zarządzania Zasobami Ludzkimi pokój nr 111 – I piętro budynku administracji **w dniu 20 listopada 2020r. o godz. 10:30.**

7.6 Otwarcie ofert jest jawne. W otwarciu ofert mogą brać udział przedstawiciele oferentów.

7.7Po otwarciu ofert udzielający zamówienia ogłasza nazwy i adresy oferenta, a także informacje dotyczące procentów od kwot i ceny oferty.

7.8 Oferent jest związany ofertą przez okres 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

8. Badanie i ocena ofert.

8.1 Udzielający zamówienia najpierw bada, czy oferta nie podlega odrzuceniu, a następnie dokona oceny ofert.

8.2 W toku badania i oceny ofert udzielający zamówienia może żądać od oferentów wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert i dokumentów potwierdzających spełnianie warunków udziału w postępowaniu.

8.3 Jeżeli oferta zawierać będzie rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia, udzielający zamówienia zwróci się do oferenta o udzielenie w określonym terminie wyjaśnień dotyczących elementów oferty mających wpływ na wysokość ceny.

8.4 Udzielający zamówienie odrzuca ofertę w następujących przypadkach;

a) złożoną po terminie wskazanym w Ogłoszeniu,

b) zawierające nieprawdziwe informacje,

c) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej,

d) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,

e) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,

f) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną,

g) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków, określonych w przepisach prawa oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt.2 , ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

h) złożoną przez oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez Udzielającego zamówienie umowa udzielenie została rozwiązana przez Zamawiającego umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie oferenta.

8.5 Udzielający zamówienie przyzna zamówienie temu oferentowi, którego oferta spełnia warunki określone w warunkach konkursu ofert i została oceniona jako **najkorzystniejsza w oparciu o  kryterium wyboru oferty.**

9.Kryteria oceny ofert.

9.1 Ocenie podlegają jedynie oferty niepodlegające odrzuceniu.

9.2 Zamawiający wybierze ofertę kierując się następującym kryterium wyboru:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa kryterium** | **waga** |
| **1.** | cena oferty | **100 %** |

Wybrana zostanie oferta, która otrzymała największą liczbę punktów.

9.3 Przyznawanie punktów będzie odbywać wg następujących zasad:

**Cena**

Ocenie podlega cena oferty.

Liczba punktów, jaką można uzyskać w tym kryterium zostanie obliczona zgodnie ze wzorem:

najniższa cena oferty

liczba punktów oferty badanej = ---------------------------- x 100%

cena oferty badanej

Punkty zostaną przyznane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

10. Rozstrzygnięcie konkursu ofert oraz formalności, jakie powinny zostać dopełnione po wyborze oferty w celu zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

10.1 Udzielający zamówienia ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu ofert umieszcza na stronie internetowej www.[szpital.zgora.pl](mailto:szpital@zgora.pl) w zakładce ogłoszenia: Postępowania konkursowe na udzielanie świadczeń oraz tablicy informacyjnej w siedzibie Szpitala Uniwersyteckiego imienia Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Zyty 26, Dział Zarządzania Zasobami Ludzkimi - I piętro budynku administracji.

10.2Udzielający zamówienia poinformuje oferenta o: wyborze najkorzystniejszej oferty, podając nazwy albo imiona i nazwiska, siedziby albo miejsca zamieszkania i adresy oferentów, którzy złożyli oferty, a także punktację przyznaną ofertom, powodach odrzucenia oferty – jeżeli nastąpi, podając uzasadnienie faktyczne i prawne lub unieważnieniu postępowania, podając uzasadnienie faktyczne i prawne.

10.3 Jeżeli oferent, którego oferta została wybrana, uchyla się od zawarcia umowy udzielający zamówienia, może wybrać ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert bez przeprowadzania ich ponownego badania i oceny, chyba że zachodzą przesłanki unieważnienia postępowania, o których mowa w art. 150 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

10.4 Udzielający zamówienia poinformuje oferenta, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza o miejscu i terminie zawarcia umowy.

10.5 Udzielający zamówienia wymaga, aby oferent zawarł z nim umowę w sprawie zamówienia na świadczenia zdrowotne zgodą z projektem umowy stanowiącym załącznik nr 1 do warunków konkursu ofert.

10.6 Warunkiem podpisania umowy jest przedłożenie do wglądu oryginałów dokumentów, o których mowa w pkt 6.3 Warunków konkursu ofert w tym polisy oc dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna/ indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska.

**11. Udzielanie wyjaśnień dotyczących warunków konkursu.**

11.1 Oferent może zwrócić się do udzielającego zamówienia o wyjaśnienie treści warunków konkursu. Udzielający zamówienia niezwłocznie udzieli wyjaśnień, pod warunkiem, że wniosek o wyjaśnienie treści warunków konkursu wpłynął do zamawiającego jednak nie później niż na 2 dni przed upływem terminu składania ofert.

11.2 Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści warunków konkursu wpłynął po upływie terminu składania wniosku, udzielający zamówienia może udzielić wyjaśnień albo pozostawić wniosek bez rozpoznania.

11.3 Komunikacja między udzielającym zamówienia a oferentami odbywa się za pośrednictwem operatora pocztowego w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012r. – Prawo pocztowe (Dz. U. poz. 1529 oraz z 2015r. poz. 1830), osobiście, za pośrednictwem posłańca, faksu lub przy użyciu środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002r.  
o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2013r. poz. 1422, z 2015r. poz. 1844 oraz z 2016r. poz. 147 i 615).

11.4 Postępowanie o udzielenie zamówienia prowadzi się w języku polskim w związku z tym wszelkie pisma, dokumenty, oświadczenia itp. składane w trakcie postępowania między udzielającym zamówienia a oferentami muszą być sporządzone w języku polskim.

11.5 Osobami uprawnionymi do porozumiewania się z oferentami w imieniu zamawiającego są:

**Anna Kordek – Specjalista Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi**

**Małgorzata Duber – Specjalista Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi**

**Patrycja Urbaniak-Sęk-** **Specjalista** **Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi**

Szpitala Uniwersyteckiego imienia Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,

e - mail [np.w@szpital](mailto:np.w@szpital)[.zgora.pl](mailto:zampub@nowasol.pl).

12. Pouczenie o środkach ochrony prawnej.

12.1 W toku postępowania konkursowego, do czasu zakończenia postępowania oferent może złożyć do Komisji konkursowej umotywowany protest. Protest składa się w terminie siedmiu dni roboczych, od dnia dokonania zaskarżonej czynności. Protest powinien być wniesiony w taki sposób, aby Udzielający zamówienia mógł zapoznać się z jego treścią przed upływem terminu oznaczonego w zdaniu poprzednim.

12.2 Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu chyba, że z treści protestu wynika, że jest on bezzasadny.

12.3 Komisja konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w terminie do 7 dni od dnia jego wniesienia i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest.

12.4 Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu .

12.5 Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu, Komisja konkursowa niezwłocznie zamieszcza na stronie internetowej Zamawiającego i na tablicy ogłoszeń. Oferentowi, który protest wniósł informacja jest przekazywana faksem lub w formie elektronicznej, zgodnie z wyborem protestującego, wskazanym w treści protestu.

12.6 W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

12.7 Oferentom przysługuje prawo wniesienia odwołania dotyczące rozstrzygnięcia postępowania – konkursu. Odwołanie wnosi się do Udzielającego zamówienia, w terminie 7 dni, licząc od dnia przekazania informacji o rozstrzygnięciu postępowania.

12.8 Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

12.9 Odwołanie rozpatruje się w terminie 7 dni od daty otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielenie świadczenia do czasu jego rozpatrzenia.

**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ OFERTY**

Zielona Góra .....................................

Dane oferentów

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP.** | Imię i Nazwisko | **Adres** |
|  |  |  |

Szpital Uniwersytecki

im. Karola Marcinkowskiego

w Zielonej Górze sp. z o. o.

ul. Zyty 26

65-046 Zielona Góra

1. Niniejszym składamy ofertę na przejęcie obowiązków świadczenia usług medycznych w zakresie hematologii- hospitalizacja, świadczenia AOS w zakresie hematologii, hematologii- hospitalizacja – świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego- poza pakietem onkologicznym, świadczenia w zakresie hematologii- diagnostyka onkologiczna – poza pakietem onkologicznym , chemioterapii z wyłączeniem substancji czynnych, programy zdrowotne- leczenie przewlekłej białaczki szpikowej z wyłączeniem leku, programy lekowe - z wyłączeniem leku realizowane w Klinicznym Oddziale Hematologii oraz w zakresie dyżurów zwykłych i świątecznych w Klinicznym Oddziale Hematologii Szpitala Uniwersyteckiego imienia Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na świadczenie usług medycznych oraz warunkami konkursu ofert.

3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami konkursu ofert i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy informacje konieczne do przygotowania oferty.

4. Oświadczamy, że zawarty w warunkach konkursu ofert projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia.

5. Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia.

6. Szacunkowa cena oferty:

tabela 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Zakres** | - hematologia – hospitalizacja  - świadczenia AOS w zakresie hematologii |
| 1. | **proponowany % kwoty**  uzyskanej miesięcznie z wykonania umowy z  Narodowym  Funduszem  Zdrowia | ………… % |
| 2. | Miesięczna wysokość kontraktu | 96.186,75 zł |
| 3. | Cena za 1 miesiąc  poz. 1 x poz. 2 | ………………. zł |
| 4. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 5. | Cena łączna  poz. 3 x poz. 4 | …………………..zł |

tabela 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Zakres** | W pozostałych zakresach z umowy o dzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej  - hematologia – hospitalizacja – świadczenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego – poza pakietem onkologicznym ,  - AOS w zakresie hematologii – diagnostyka onkologiczna – poza pakietem onkologicznym,  - chemioterapia z wyłączeniem substancji czynnych,  - programu zdrowotnego – leczenie przewlekłej białaczki szpikowej z wyłączeniem leku,  -programy lekowe realizowane w Oddziale-z wyłączeniem leku |
| 1. | **proponowany % kwoty**  uzyskanej miesięcznie z wykonania umowy z  Narodowym  Funduszem  Zdrowia | ………… % |
| 2. | Miesięczna wysokość kontraktu | 586.845,20 zł |
| 3. | Cena za 1 miesiąc  poz. 1 x poz. 2 | ………………. zł |
| 4. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 5. | Cena łączna  poz. 3 x poz. 4 | …………………..zł |

tabela 3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Zakres** | udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w Klinicznym Oddziale Hematologii – dyżur zwykły |
| 1. | **Proponowana cena za 1 godzinę dyżuru zwykłego** | ………… zł |
| 2. | **Ilość godzin dyżuru zwykłego** | 16,42 |
| 3. | Cena za 1 dyżur zwykły  (poz. 1 x poz. 2) | ………………….. |
| 4. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 5. | Cena łączna  (poz.3 x poz. 4) | ……………………... |

tabela 4

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Zakres** | udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w Klinicznym Oddziale Hematologii – dyżur świąteczny |
| 1. | **Proponowana cena za 1 godzinę dyżuru świątecznego** | ………… zł |
| 2. | **Ilość godzin dyżuru zwykłego** | 24,00 |
| 3. | Cena za 1 dyżur zwykły  (poz. 1 x poz. 2) | ………………….. |
| 4. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 5. | Cena łączna  (poz.3 x poz. 4) | ……………………... |

tabela 5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Zakres** | |  | | --- | | **w przypadku** zrealizowania przyznanego minimalnego średniomiesięcznego ryczałtu w wysokości 7.144,32 zł lub wyżej w zakresie AOS hematologia | |
| 1. | **Proponowany %** | ………… % |

Łączna cena oferty wynosi :

tabela 6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Pozycja tabeli | Cena |
| 1. | Tabela nr 1 pozycja 5 |  |
| 2. | Tabela nr 2 pozycja 5 |  |
| 3. | Tabela nr 3 pozycja 5 |  |
| 4. | Tabela nr 4 pozycja 5 |  |
| 6. | **Łączna cena oferty**  **poz. 1+2+ 3+4** | ………………………. zł |

7. Oświadczamy, że posiadamy uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

**8. W przypadku braku polisy**

Oświadczamy, że polisę odpowiedzialności cywilnej przedłożymy najpóźniej w dniu podpisania umowy.

9. Do oferty załączamy kserokopie następujących dokumentów:

1) dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, osób, które będą uczestniczyć w realizacji zamówienia tj.: prawo wykonywania zawodu lekarza, dyplom lekarza, dyplom uzyskania specjalizacji lub potwierdzenie odbywania specjalizacji,

2) prawo wykonywania zawodu

3) wydruk księgi rejestrowej,

4) zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,

5) obowiązkową polisę oc dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna/ indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska- zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami

6) aktualne zaświadczenie właściwej Okręgowej izby Lekarskiej wydane nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem terminu składania ofert potwierdzające, że osoby, które będą uczestniczyć w realizacji zamówienia nie są;

- zawieszone w prawie wykonywania zawodu ani ograniczone w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich,

- ukarane karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,

- pozbawione możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszone w wykonywaniu zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym,

7) zaświadczenie o aktualnych badaniach lekarskich,

8) aktualne zaświadczenie o przeszkoleniu z zakresu BHP.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**czytelne podpisy oferentów**