

**FORMULARZ OFERTOWY W KONKURSIE OFERT**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RODZAJU LECZENIE SZPITALNE W ZAKRESIE ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWIA W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO**

**1. Dane oferenta**

Imię i nazwisko .....

telefon..... e-mail.....

adres: .....

NIP ..... REGON.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Podane powyżej dane są środkami komunikacji, którymi będę się posługiwać w kontakcie z Udzielającym Zamówienia w trakcie prowadzonego konkursu. Wszelkie informacje, oświadczenia lub wezwania kierowane do mnie za pośrednictwem przywołanych wyżej środków komunikacji uznaję za skutecznie złożone przez Udzielającego Zamówienia.

**2. Przedmiot oferty**

Złożona przeze mnie oferta jest ofertą na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: Leczenie szpitalne w zakresie:

- ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA
- ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
- ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO - POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM
- ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA ENDOPROTEZOPLASTYKI STAWU BIODROWEGO LUB KOLANOWEGO (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ)
- ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA - ZABIEGI ENDOPROTEZOPLASTYKI (ŚWIADCZENIA SPRAWOZDAWANE W RYCZAŁCIE PSZ) - ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA- ŚWIADCZENIA UDZIELANE OSOBOM DO UKOŃCZENIA 18. ROKU ŻYCIA (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ)

.....  
Data i podpis

**3. Cena oferowana**

*Handwritten signature*

Cena jaką oferuję za udzielanie świadczeń zdrowotnych, które stanowią przedmiot Konkursu ofert to:

- brutto ..... zł (..... złotych) za jedną godzinę pełnienia dyżuru medycznego w Oddziale i Izbie Przyjęć zgodnie z Harmonogramem;
- udział w kwocie do podziału stanowiącej ..... % od wartości wykonanych i zatwierdzonych przez NFZ procedur operacyjnych w ramach ryczału PSZ, którą Strony definiują jako wartość wykonanych i zatwierdzonych przez NFZ procedur operacyjnych podlegających rozliczeniu w danym miesiącu, wykonanych przez lekarzy w Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu z Pododdziałem Chirurgii Kręgosłupa i Ortopedii Onkologicznej na podstawie umowy, w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, w ramach ryczału PSZ, przy uwzględnieniu czasu pracy zapewniającego funkcjonowanie Oddziału;
- udział w kwocie do podziału stanowiącej ..... % od wartości wykonanych i zatwierdzonych przez NFZ procedur operacyjnych poza ryczałtem PSZ, którą Strony definiują jako wartość wykonanych i zatwierdzonych przez NFZ procedur operacyjnych w danym miesiącu, wykonanych przez lekarzy w Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu z Pododdziałem Chirurgii Kręgosłupa i Ortopedii Onkologicznej na podstawie umowy, w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, poza ryczałtem PSZ, przy uwzględnieniu czasu pracy zapewniającego funkcjonowanie Oddziału ;

**4. Tytuły naukowe, zawodowe i doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne:**

	<b><u>ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE</u></b>
<b>Tytuł naukowy w zakresie nauk medycznych w</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tytuł doktora nauk medycznych - <b>5 pkt</b>,</li> <li>• tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych - <b>8 pkt</b>,</li> <li>• tytuł profesora nauk medycznych - <b>10 pkt</b>.</li> </ul>
	<b><u>ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE</u></b>
<b>Doświadczenie w przedmiocie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresach objętych przedmiotem postępowania</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• do 5 lat doświadczenia – <b>5 pkt</b>,</li> <li>• powyżej 5 lat do 10 lat doświadczenia – <b>8 pkt</b>,</li> <li>• powyżej 10 lat doświadczenia – <b>10 pkt</b>,</li> </ul>
	<b><u>ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE</u></b>
<b>Specjalizacja</b>	<p>Specjalizacja określona w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO) - <b>10 pkt</b></p> <p>W trakcie specjalizacji określonej w SWKO – <b>0 pkt</b></p>

**5. Okres udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu:**

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju Leczenie szpitalne w zakresie Ortopedia i Traumatologia Narządu Ruchu w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego od 1 lipca 2026 r. do 30 września 2026 r.

.....

Data i podpis

**6. Oświadczenia:**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju Leczenie szpitalne w zakresie Ortopedia i Traumatologia Narządu Ruchu w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego (stanowiącym załącznik nr 1 do SWKO) i akceptuję zawarte w nich postanowienia, nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że posiadam uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełniam określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki ich realizacji.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami wynikającymi z treści powszechnie obowiązujących przepisów prawnych.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego Zamówienia złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 1 do SWKO oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

.....

Data i podpis



Oświadczam, że świadczenia wykonywane będą w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia.

.....

Data i podpis

Zobowiązuję się do posiadania ważnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy, której wzór stanowi załącznik nr 1 do SWKO.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że nie byłem/em karana/y w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że nie jestem pozbawiona/y, ani zawieszona/y w prawach do wykonywania zawodu na mocy prawomocnego wyroku karnego sądu powszechnego ani zawodowego sądu lekarskiego, a w chwili składania niniejszej oferty nie toczy się przeciwko mnie postępowanie przygotowawcze, które mogłoby prowadzić do pozbawienia mnie prawa wykonywania zawodu.

.....

Data i podpis

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony danych osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w podanym wyżej zakresie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA im. prof. Ludwika Bierkowskiego w Poznaniu wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do przeprowadzenia Konkursu ofert. Oświadczam, że jestem świadoma/y przysługujących mi praw związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych jest równoznaczne z wycofaniem oferty z Konkursu.

.....

Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

Gu

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu, dokument potwierdzający tytuł naukowy, dyplom lekarza,
- Dyplom specjalizacji/ poświadczenie kierownika specjalizacji
- Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
- Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),
- Polisa ubezpieczenia OC,
- Aktualne zaświadczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń objętych umową,
- Opis przebiegu pracy zawodowej wraz z dokumentami potwierdzającymi spełnianie wymagań określonych w SWKO
- Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego

GD