**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.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 (Dz. U. z 2020 r., poz. 295) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. (Dz. U
	 z 2019 r., poz. 1373) 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 **położnictwa i ginekologii– leczenie szpitalne w Klinicznym Oddziale Położniczo-Ginekologicznym , ambulatoryjna opieka specjalistyczna w Poradniach Oddziału** Szpitala Uniwersyteckiego im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o. o.

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 maja 2021r.**
do dnia **30 kwietnia 2024r.**

**5. Warunki udziału w postępowaniu.**

5.1 O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się oferenci, którzy dysponują zespołem składającym się z co najmniej 2 lekarzy:

1) którzy posiadają specjalizację z zakresu położnictwa i ginekologii, specjalizację w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości lub w dziedzinie perinatologii

a) z czego przynajmniej 1 lekarz posiada udokumentowane potwierdzenie umiejętności wykonywania echokardiografii płodu

b) z czego przynajmniej 1 lekarz posiada udokumentowane umiejętności w zakresie badań ultrasonograficznych oraz posiada certyfikat podstawowy sekcji USG Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i certyfikat FMF w zakresie badań ultrasonograficznych 11-13 tyg. Z oceną przezierności karku NT wraz z aktualna licencją do programu komputerowego obliczającego ryzyko aberracji chromosomowych

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

d) dodatkowo lekarze udzielający świadczeń w narażeniu na promieniowanie jonizujące zobowiązani są dostarczyć certyfikat ukończenia szkolenie z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta lub oświadczenie o nieudzielaniu świadczeń w narażeniu na promieniowanie jonizujące.

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

1. Za wykonanie przedmiotu umowy Udzielający zamówienie przeznaczy Przyjmującemu Zamówienie tytułem wynagrodzenia prowizyjnego :

 a) …….. % kwoty wynikającej z wykonania i sprawozdania świadczeń wynikających z umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia:

- 727.335,34 zł – w leczeniu szpitalnym położnictwo i ginekologia hospitalizacja co średniomiesięcznie wynosi 363.666,67 zł,

 b) …… % kwoty wynikającej z wykonania i sprawozdania świadczeń wynikających z umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia:

- 56.675,80 zł – AOS położnictwo i ginekologia co średniomiesięcznie wynosi 28.337,90 zł,

c) w przypadku zrealizowania minimalnego średniomiesięcznego ryczałtu w wysokości 28.337,90 zł lub wyżej w zakresie AOS ginekologia i położnictwo 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 z wykonania i sfinansowania świadczeń wynikających z umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w pozostałych zakresach z położnictwa i ginekologii z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

e) ……… % wartości świadczeń: 5.19.00.0000033 Badanie ultrasonograficzne I trymestru, 5.19.00.0000034 Badanie ultrasonograficzne II trymestru, 5.19.00.0000027 Amniopunkcja-program NFZ, zrealizowanych przez Przyjmującego zamówienie i sfinansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach umowy nr 0410/0041 o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej- profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie programu badań prenatalnych.

f) ………% wartości świadczeń zrealizowanych przez Przyjmującego zamówienie i sfinansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach umowy nr 0402/0187 o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – AOS Kosztochłonne w zakresie badania echokardiograficzne płodu.

g) w przypadku pełnienia więcej niż 4 dyżury w miesiącu Przyjmujący Zamówienie otrzymają:

za godzinę dyżuru zwykłego ……….. zł

za godzinę dyżuru świątecznego ……….. zł

natomiast w sytuacji pełnienia mniej niż 4 dyżury wynagrodzenie Przyjmujących zamówienie zostanie pomniejszone o:

za godzinę dyżuru zwykłego ……….. zł

za godzinę dyżuru świątecznego ……….. 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, który będzie uczestniczyć w realizacji zamówienia tj.: prawo wykonywania zawodu lekarza, dyplom lekarza, dyplom uzyskania specjalizacji,
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 1 miesiąc 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.

f) dodatkowo lekarze udzielający świadczeń w narażeniu na promieniowanie jonizujące zobowiązani są dostarczyć certyfikat ukończenia szkolenie z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta.

6.6 Oferta winna być podpisana przez osobę składającą 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 Szpitala Uniwersyteckiego imienia Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Zyty 26, 65 – 046 Zielona Góra lub złożyć w sekretariacie budynku administracji – II piętro, pokój nr 201, w terminie **do dnia 06 kwietnia 2021r. 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 –** polegającana wykonywaniu świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii **oraz napisem „NIE OTWIERAĆ przed terminem otwarcia ofert”– z oznaczeniem nazwy i adresu oferenta.**

7.4 Oferent może 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 08 kwietnia 2021r. o godz. 10:00.**

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 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**

 **Małgorzata Duber – Specjalista**

 **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.zgora.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 oferenta

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 składam ofertę na przejęcie obowiązków świadczenia usług medycznych (również w stanach nadzwyczajnych) polegających na ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia pacjentów w zakresie **położnictwa i ginekologii – leczenie szpitalne w Klinicznym Oddziale Położniczo- Ginekologicznym, ambulatoryjna opieka specjalistyczna w Poradniach Oddziału** Szpitala Uniwersyteckiego im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o. o.

2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na świadczenie usług medycznych oraz warunkami konkursu ofert.

3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z warunkami konkursu ofert i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy informacje konieczne do przygotowania oferty.

4. Oświadczam, że zawarty w warunkach konkursu ofert projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej 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**  | Leczenie szpitalne położnictwo i ginekologia hospitalizacja, AOS ginekologia i położnictwo |
| 1. | **proponowany % kwoty**uzyskanej miesięcznie z wykonania umowy z  Narodowym  Funduszem Zdrowia | ………… % |
| 2. | Średniomiesięczna wartość | **392.004,57 zł** |
| 3. | Cena za 1 miesiącpoz. 1 x poz. 2 | ………………. zł |
| 4. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 5. | Cena łącznapoz. 3 x poz. 4 | …………………..zł |

tabela 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** |  **Zakres**  | **w przypadku** zrealizowania przyznanego minimalnego średniomiesięcznego ryczałtu w wysokości 28.337,90 zł w zakresie AOS położnictwo i ginekologia |
| 1. | **proponowany %**  | ……… % |

tabela 3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** |  **Zakres**  | Pozostałe zakresy z położnictwa i ginekologii |
| 1. | **proponowany % kwoty**z wykonania i sprawozdania świadczeń  | ………… % |
| 2. | Średniomiesięczna wartość | **690.112,10 zł** |
| 3. | Cena za 1 miesiącpoz. 1 x poz. 2 | ………………. zł |
| 4. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 5. | Cena łącznapoz. 3 x poz. 4 | …………………..zł |

tabela 4

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** |  **Zakres**  |  świadczenia: 5.19.00.0000033 Badanie ultrasonograficzne I trymestru, 5.19.00.0000034 Badanie ultrasonograficzne II trymestru, 5.19.00.0000027 Amniopunkcja-program NFZ, zrealizowanych przez Przyjmującego zamówienie i sfinansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach umowy nr 0410/0041 o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej- profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie programu badań prenatalnych. |
| 1. | **proponowany %**  | ………… % |

tabela 5

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** |  **Zakres**  | świadczenia w ramach umowy nr 0402/0187 o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – AOS Kosztochłonne w zakresie badania echokardiograficzne płodu. |
| 1. | **proponowany % kwoty**z wykonania i sprawozdania świadczeń  | ………… % |
| 2. | Średniomiesięczna wartość | **15.935,00 zł** |
| 3. | Cena za 1 miesiącpoz. 1 x poz. 2 | ………………. zł |
| 4. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 5. | Cena łącznapoz. 3 x poz. 4 | …………………..zł |

tabela 6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Zakres** | Dyżur zwykły (w przypadku pełnienia więcej niż 4 dyżury w miesiącu) |
| 1. | **Proponowana cena za 1 godzinę dyżuru zwykłego** | ……………… zł |
| 2. | **Ilość godzin dyżuru zwykłego** | 17 h 30 |
| 3. | **Cena za 1 dyżur zwykły** | ………………. zł |
| 4. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 5. | Cena łączna poz.3 x poz.4 | ……………….. zł |

tabela 7

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Zakres** | Dyżur świąteczny (w przypadku pełnienia więcej niż 4 dyżury w miesiącu) |
| 1. | **Proponowana cena za 1 godzinę dyżuru świątecznego** | ………………. zł |
| 2. | **Ilość godzin dyżuru świątecznego** | 24h  |
| 3. | **Cena za 1 dyżur świąteczny** | ………………… zł |
| 4. | Okres umowy | 36 miesięcy |
| 5. | Cena łącznapoz.3 x poz.4 | …………………… zł |

Tabela 8

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Zakres** | Dyżur zwykły, dyżur świąteczny |
| 1. | Proponowana cena za 1 godzinę dyżuru zwykłego lub świątecznego do potrącenia w przypadku gdy Przyjmujący zamówienie nie wykonają 4 dyżurów w miesiącu | ………… zł |

Łączna cena oferty wynosi :

tabela 9

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Pozycja tabeli | Cena  |
| 1. | Tabela nr 1 pozycja 5 |  |
| 2. | Tabela nr 3 pozycja 5 |  |
| 3. | Tabela nr 5 pozycja 5 |  |
| 4. | Tabela nr 6 pozycja 5 |  |
| 5. | Tabela nr 7 pozycja 5 |  |
| 6. | **Łączna cena oferty****poz. 1+2+3+4+5** |  ………………………. zł |

7. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

**8. W przypadku braku polisy**

Oświadczam, że polisę odpowiedzialności cywilnej przedłożę najpóźniej w dniu podpisania umowy.

9. Do oferty załączam 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,

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 1 miesiąc 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) certyfikat ukończenia szkolenie z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta,

8) zaświadczenie o aktualnych badaniach lekarskich,

9) aktualne zaświadczenie o przeszkoleniu z zakresu BHP.

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

 **czytelny podpis oferenta**