**Załącznik do Szczegółowych Warunków**

**Konkursu Ofert**

. . . . . . . . . . . . . . dnia . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 [pieczątka firmowa]

###### Oferta

**I**. **DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**:

**Pełna nazwa/ Imię i nazwisko** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **Siedziba / adres zamieszkania** [kod, miejscowość, ulica, nr domu i lokalu] . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **Adres do korespondencji** [wypełnić jeśli jest inny niż adres podany powyżej]

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **PESEL\*** . . . . . . . . ………………………………………………………………………

**REGON\*** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**NIP\*** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Telefon** [z numerem kierunkowym]. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**E**-**mail**  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**II**. **PRZEDMIOT OFERTY**:

\****Należy wypełnić tylko te pola, które dotyczą Przyjmującego zamówienie.***

**Niniejszym przystępuję do postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej PIASTUN
w Piastowie przy ul. M. Reja 1 i składam ofertę na niżej wskazane zadania
za wynagrodzeniem poniżej zaoferowanym:**

**Zadanie nr 1:** **Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w terminie od 1.01.2024 r. do 31.12.2026 r.** W tym zadaniu zostaną zawarte umowy **zlecenie** lub **kontrakt** na podstawie których będzie udzielało świadczeń **18 lekarzy**,

**Zadanie nr 2: Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w terminie od 1.01.2024 r. do 31.12.2026 r.** W tym zadaniu zostaną zawarte umowy zlecenie lub kontrakt na podstawie których będzie udzielało świadczeń **3 lekarzy,**

**Zadanie nr 3: Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie opisywania zdjęć rentgenowskich w terminie od 1.01.2024 r. do 31.12.2026 r.** W tym zadaniu zostaną zawarte umowy zlecenie lub kontrakt na podstawie których będzie udzielało świadczeń **3 lekarzy,**

**Zadanie nr 4: - Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – chirurgii onkologicznej - w terminie od 1.01.2024 r. do 31.12.2026 r.** W tym zadaniu zostaną zawarte umowy kontraktowe na podstawie których będzie udzielało świadczeń **2 lekarzy,**

**Zadanie nr 5: - Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – ginekologia - w terminie od 1.01.2024 r. do 31.12.2026 r.** W tym zadaniu zostaną zawarte umowy kontraktowe na podstawie których będzie udzielało świadczeń **2 lekarzy,**

**Zadanie nr 6: - Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie badań diagnostycznych (ultrasonografia) narządu rodnego - w terminie od 1.01.2024 r. do 31.12.2026 r.** W tym zadaniu zostanie zawarta umowa kontraktowa na podstawie, której będzie udzielał świadczeń **1 lekarz,**

**Zadanie nr 7: - Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie badań diagnostycznych (ultrasonografia) narządu ruchu - w terminie od 1.01.2024 r. do 31.12.2026 r.** W tym zadaniu zostanie zawarta umowa kontraktowa na podstawie, której będzie udzielał świadczeń **1 lekarz,**

**Zadanie nr 8: - Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie kardiologicznych badań diagnostycznych - w terminie od 1.01.2024 r. do 31.12.2026 r.** W tym zadaniu zostanie zawarta umowa: kontraktowa na podstawie, której będzie udzielał świadczeń **1 lekarz,**

**Zadanie nr 9: Wykonywanie usług i świadczeń zdrowotnych w terminie od 01.01.2024 r.
do 31.12.2024 r.** w zakresie:

1. **transportu sanitarnego, kierowania pojazdem uprzywilejowanym i ratownictwa w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy dla pacjentów Zleceniodawcy oraz Podmiotów, które posiadają podpisaną umowę ze Zleceniodawcą na wykonywanie przez niego tego rodzaju usług,**
2. **transportu sanitarnego, kierowania pojazdem uprzywilejowanym i ratownictwa w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy podczas zabezpieczeń medycznych imprez oraz innych wydarzeń w tym sportowych zabezpieczanych przez Zleceniodawcę.**

W tym zadaniu zostanie zawarta umowa zlecenia na podstawie, której świadczeń będzie udzielała
**1 osoba.**

**Zadanie nr 10: Wykonywanie nie usług i świadczeń zdrowotnych fizjoterapeutę w zakresie udzielanie świadczeń zdrowotnych w terminie od 1.01.2024 r. do 30.06.2025 r. w formie:**

1. **fizjoterapii domowej w ramach NFZ,**
2. **fizjoterapii domowej komercyjnej,**
3. **fizjoterapia ambulatoryjnej komercyjnej.**

W tym zadaniu zostaną zawarte umowy zlecenia na podstawie których świadczeń będzie udzielał
1  **fizjoterapeuta.**

1. Oświadczam, że przystępuję do konkursu ofert ogłoszonego przezUdzielającego zamówienia - **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej PIASTUN w Piastowie** na warunkach przedstawionych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz warunki te akceptuję.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia opublikowanego na stronie internetowej oraz wywieszonego w siedzibie **Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej PIASTUN w Piastowie** w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. **Proponowana stawka za udzielania świadczeń zdrowotnych:**

**Zadanie nr 1\*: Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie w zakresie nocnej
i świątecznej opieki zdrowotnej w terminie od 1.01.2024 r. do 31.12.2026 r. –** szacunkowa cena jednostkowa brutto: **………….** za 1 godz. wykonywania usług i świadczeń zdrowotnych.\*

**Zadanie nr 2\*: Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w terminie od 1.01.2024 r. do 31.12.2026 r. –** szacunkowa cena jednostkowa brutto: **……….** za 1 godz. wykonywania usług i świadczeń zdrowotnych.\*

**Zadanie nr 3\*: Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie opisywania zdjęć rentgenowskich w terminie od 1.01.2024 r. do 31.12.2026 r**  – szacunkowa cena jednostkowa brutto:

1. za jedno badanie – …… zł,\*
2. miesięcznie – ……… zł, \*
3. za jedno badanie teleradiologia – …….zł \*

\**Niepotrzebne skreślić.*

**Zadanie 4\*: Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – chirurgii onkologicznej - w terminie od 1.01.2024 r. do 31.12.2026 r.**  – szacunkowa cena brutto:

1. odpowiadającej równowartości: do ……. % od uzyskanych i zrealizowanych w danym miesiącu kalendarzowym punktów w ramach NFZ w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych
w ramach kontraktu NFZ, \*
2. odpowiadającej równowartości: do ……% od przychodów uzyskanych za komercyjne udzielanie świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu kalendarzowym z uwzględnieniem poniesionych przez Udzielającego Zamówienie kosztów związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,\*

**Zadanie 5\*: Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – ginekologia - w terminie od 1.01.2024 r. do 31.12.2026 r.** – szacunkowa cena stanowiąca równowartość:

1. do …….% przychodów uzyskanych w danym miesiącu kalendarzowym ustalonych na podstawie realizacji punktów NFZ, z uwzględnieniem poniesionych przez Udzielającego Zamówienie kosztów związanych z udzieleniem świadczeń zdrowotnych,\*
2. do …… % przychodów uzyskanych za komercyjnie udzielone świadczenia zdrowotne w danym miesiącu kalendarzowym z uwzględnieniem poniesionych przez Udzielającego Zamówienie kosztów związanych z udzieleniem świadczeń zdrowotnych.\*

**Zadanie 6\*: Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie badań diagnostycznych (ultrasonografia) narządu rodnego - w terminie od 1.01.2024 r. do 31.12.2026 r.** – szacunkowa cena jednostkowa brutto: za jedno badanie – …….. zł,\*

**Zadanie 7\*: Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie badań diagnostycznych (ultrasonografia) narządu ruchu - w terminie od 1.01.2024 r. do 31.12.2026 r.** – szacunkowa cena

1. ……. zł brutto za 1 badanie w ramach NFZ.\*
2. …….. zł bruttoza 1 badanie komercyjnie.\*

**Zadanie nr 8\*: - Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie kardiologicznych badań diagnostycznych - w terminie od 1.01.2024 r. do 31.12.2026 r.** – szacunkowa cena jednostkowa brutto:

1. usg serca - jedno badanie – …… zł\*,
2. próba wysiłkowa – jedno badanie – …… zł\*,
3. opis holter EKG – jeden opis – …… zł\*,

**Zadanie nr 9\*: Wykonywanie usług i świadczeń zdrowotnych w terminie od 01.01.2024 r.
do 31.12.2024 r.** w zakresie:

1. **transportu sanitarnego, kierowania pojazdem uprzywilejowanym i ratownictwa w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy dla pacjentów Zleceniodawcy oraz Podmiotów, które posiadają podpisaną umowę ze Zleceniodawcą na wykonywanie przez niego tego rodzaju usług,**
2. **transportu sanitarnego, kierowania pojazdem uprzywilejowanym i ratownictwa w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy podczas zabezpieczeń medycznych imprez oraz innych wydarzeń w tym sportowych zabezpieczanych przez Zleceniodawcę**

- szacunkowa cena jednostkowa brutto:

1. w ramach podstawowej działalności - za 1 godz. – ……zł,\*
2. w ramach imprez – za 1 godz. – ……. zł.\*

**Zadanie nr 10\*: Wykonywanie usług i świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę w zakresie udzielanie świadczeń zdrowotnych w terminie od 1.01.2024 r. do 30.06.2025 r. -** szacunkowa cena jednostkowa brutto:

1. **fizjoterapii domowej w ramach NFZ -** cena jednostkowa brutto za 1 godz.  **…….** zł,\*
2. **fizjoterapii domowej komercyjnej -** cena stanowiąca równowartość **…… %** przychodów uzyskanych za komercyjne udzielanie świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu kalendarzowym z uwzględnieniem poniesionych przez Udzielającego Zamówienie kosztów związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,\*
3. **fizjoterapii ambulatoryjnej komercyjnej -** cena stanowiąca równowartość **……. %** przychodów uzyskanych za komercyjne udzielanie świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu kalendarzowym z uwzględnieniem poniesionych przez Udzielającego Zamówienie kosztów związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.\*

***\*Niepotrzebne należy skreślić.***

1. Oświadczam, że posiadam uprawnienia, niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
2. Oświadczam, że jestem związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania konkursowego.
3. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zawrę umowę zgodną z wzorem stanowiącym załącznik do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
4. Oświadczam, że znany jest mi fakt, iż treść niniejszej oferty, a w szczególności dane mnie identyfikujące tj.: imię, nazwisko oraz nazwa firmy a także przedmiot oferty i wysokość wynagrodzenia, podlegają udostępnieniu w trybie ustawy z dnia 6 września 2001 o dostępie do informacji publicznej.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z poniższą klauzulą informacyjną:
	* 1. Udzielający Zamówienie oświadcza, że przetwarza dane osobowe osób fizycznych – pacjentów SPZOZ PIASTUN w związku - z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na rzecz tych osób a także pracowników i innych współpracowników,
		2. Udzielający Zamówienie oświadcza, że jest administratorem danych osobowych osób wskazanych w pkt. 1,
		3. Udzielający Zamówienie, w przypadku zawarcia umowy, powierzy Przyjmującemu Zamówienie przetwarzanie danych osobowych pacjentów SPZOZ (w tym danych wrażliwych), a także pracowników i współpracowników - w zakresie i celu związanym z wykonywaniem tej umowy,
		4. dane Osobowe będą mogły być przetwarzane wyłącznie w celu wykonywania zawartej pomiędzy stronami Umowy oraz w zakresie niezbędnym do wykonania przez Przyjmującego Zamówienie obowiązków wynikających z tej Umowy,
		5. w celu przeprowadzenia niniejszego postępowania przez Udzielającego Zamówienie, Przyjmujący Zamówienie niniejszym upoważnia Udzielającego zamówienie do przetwarzania jego danych osobowych i w razie takiej konieczności ich przekazywania uprawnionym na podstawie stosownych przepisów prawa powszechnie obowiązującego. Administratorem danych osobowych Przyjmującego Zamówienie jest SPZOZ PIASTUN,
		6. dane osobowe Przyjmującego Zamówienie przetwarzane będą jedynie w celu realizacji niniejszego postępowania, a w przypadku zawarcia umowy również w celu realizacji umowy,
		7. dane osobowe Przyjmującego Zamówienie nie będą udostępniane innym odbiorcom poza przypadkami, gdy taki obowiązek wynika z przepisów prawa powszechnie obowiązującego lub zostanie na to wyrażona zgoda przez Przyjmującego Zamówienie,
		8. Przyjmującemu Zamówienie przysługuje prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu,
		o ile jest to zgodne z przepisami prawa powszechnie obowiązującego,
		9. Przyjmujący Zamówienie ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy prawa powszechnie obowiązującego,
		10. dane osobowe Przyjmującego Zamówienie nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.
6. *Powyższe oświadczenia składam świadomy odpowiedzialności karnej z tytułu przedkładania fałszywych
lub stwierdzających nieprawdę dokumentów lub nierzetelnych oświadczeń mających istotne znaczenie
dla uzyskania przedmiotowych zamówień (art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny) a także konsekwencji określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.*

Załączniki:

1. Dokument potwierdzający posiadane kwalifikacje.
2. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu.
3. Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej.
4. Inne:…………………………………………………………………

**oferta z załącznikami zawiera łącznie .................... ponumerowanych stron.**

................................., dnia .............. r.

...............................................................

*podpis Przyjmującego zamówienie lub osoby upoważnionej do reprezentowania*