Załącznik nr 1 do SWKO
KOD: 2021-HOS-1

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

Dane Oferenta:

Kontaktowy e-mail (czytelnie):.....

Kontaktowy nr telefonu:.....

Kontaktowy nr faksu:.....

Nazwa oferenta:.....

.....

Adres:.....

.....

Nr NIP: .....

Nr REGON: .....

OŚWIADCZENIA

Przystępując do konkursu ofert **KOD: 2021-HOS-1 oświadczam, że:**

1. Jestem podmiotem gospodarczym wpisanym do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Jestem podmiotem wymienionym w art. 26 ust. 1. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej mogącym ubiegać się o udzielenie zamówienia na w/w świadczenia zdrowotne, oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj.:
a) posiadam uprawnienia do wykonywania działalności oraz czynności objętych zakresem przedmiotu zamówienia, w tym
- wykonuję działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia;
b) posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia;
c) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
3. Przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych przeze mnie wykonywanych, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
Proszę podać numer księgi praktyki zawodowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą [https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/]

.....
4. Wyrażam zgodę na 14 dniowy termin płatności za świadczenia zdrowotne udzielane w okresie realizacji zamówienia, od daty wystawienia Udzielającemu zamówienia właściwego rachunku,
5. Uważam się za związanego/ą złożoną ofertą do upływu terminu wskazanego w szczegółowych warunkach konkursu ofert,
6. Zapoznałem/am się z wymaganiami, treścią ogłoszenia o konkursie, warunkami postępowania konkursowego oraz warunkami realizacji zamówienia określonymi w SWKO, załącznikach i projekcie umowy, przyjmuję je bez zastrzeżeń, a w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie i na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia,
7. Wszystkie składające się na ofertę dokumenty, w tym oświadczenia, przedstawiają stan prawny i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty,
8. Wszystkie załączone dokumenty stanowią integralną część mojej oferty,

9. W przypadku nie złożenia w postępowaniu konkursowym kopii dokumentu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (np. polisy) zobowiązuję się do dostarczenia takiego dokumentu do Udzielającego zamówienia po wygraniu przez Oferenta postępowania konkursowego.

10. Zobowiązuję się do kontynuowania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres realizacji zamówienia.

DYREKTOR
Beskidzkiego Centrum Onkologii
Szpitala Miejskiego
im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej
lek. med. Lech Wędzychowicz

2021 -12- 2 1

....., dnia .....
/miejscowość/

.....
/pieczątka i podpis osoby uprawnionej/

Beskidzkie Centrum Onkologii
- Szpital Miejski
im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej
43-300 Bielsko-Biała, ul. Wyzwolenia 18
Tel. 33/ 816-43-70, Fax 33/ 816-44-01
NIP 9372062340 REGON 242865296

Załącznik nr 2 do SWKO
KOD: 2021-HOS-1

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

Przystępując do konkursu na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarzy w zakresie opieki paliatywnej, hospicyjnej i długoterminowej **KOD: 2021-HOS-1** oferuję realizację zamówienia:

Pakiet 1 – Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy
-limit pacjentów objętych opieką przez Udzielającego zamówienie (BCO-SM) - 46 pacjentów
Wymagania dla Oferenta:
-lekarz specjalista w dziedzinie: chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej, lub medycyny ogólnej, lub chirurgii ogólnej, lub geriatrii, lub gerontologii *(kopię dyplomu specjalizacji / kursu / właściwego dokumentu należy dołączyć do oferty, zgodnie z Rozdziałem VII i VIII SWKO)*

Dostępność Oferenta (ilość pacjentów, którą Oferent obejmie jednoczasowo opieką)	..... (ilość pacjentów)
Cena świadczenia (za prowadzenie przez lekarza 1 pacjenta w ramach ZPO w ciągu miesiąca)	..... (zł brutto/ za 1 pacjenta na miesiąc)

Pakiet 2 – Oddział Medycyny Paliatywnej
Wymagania dla Oferenta:
-lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, lub lekarz legitymujący się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego lub wyższą uczelnię medyczną posiadającą uprawnienia dokształcenia przeddyplomowego lub podyplomowego lekarzy lub jednostkę posiadającą akredytację do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej *(kopię dyplomu specjalizacji / kursu / właściwego dokumentu należy dołączyć do oferty, zgodnie z Rozdziałem VII i VIII SWKO)*

Dostępność Oferenta (minimalna średnia miesięczna dostępność: 60 godz./miesiąc)	..... Średnia ilość godzin w miesiącu (minimum 60 godzin)
Cena świadczenia (zł brutto/godz.)	..... Stawka (zł brutto / godz.)

Pakiet 3 – Poradnia Leczenia Bólu
Wymagania dla Oferenta:
-lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub medycyny paliatywnej, lub innej specjalności wskazanej w *ROZPORZĄDZENIU MINISTRA ZDROWIA z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U.2016.357 t.j. ze zm.) (kopię dyplomu specjalizacji / kursu / właściwego dokumentu należy dołączyć do oferty, zgodnie z Rozdziałem VII i VIII SWKO)*
-obecny czas pracy poradni przyszpitalnej Udzielającego zamówienie (BCO-SM) - 12 godzin/tydzień

Dostępność Oferenta (średnia miesięczna godzinowa dostępność)	..... Średnia ilość godzin w miesiącu
Cena świadczenia (zł brutto/godz.)	..... Stawka (zł brutto / godz.)

Pakiet 4 – Poradnia Medycyny Paliatywnej
Wymagania dla Oferenta:
-lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz w trakcie tej specjalizacji *(kopię dyplomu specjalizacji / kursu / właściwego dokumentu należy dołączyć do oferty, zgodnie z Rozdziałem VII i VIII SWKO)*
-obecny czas pracy poradni przyszpitalnej Udzielającego zamówienie (BCO-SM) - 9 godzin/tydzień

Dostępność Oferenta (minimalna średnia miesięczna dostępność: 12 godz./miesiąc)	..... Średnia ilość godzin w miesiącu (minimum 12 godzin)
Cena świadczenia (zł brutto/godz.)	..... Stawka (zł brutto / godz.)

Pakiet 5 - Hospicjum Domowe
Wymagania dla Oferenta:
-lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, lub lekarz legitymujący się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego lub wyższą uczelnię medyczną posiadającą uprawnienia dokształcenia przeddyplomowego lub podyplomowego lekarzy lub jednostkę posiadającą akredytację do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej *(kopię dyplomu specjalizacji / kursu / właściwego dokumentu należy dołączyć do oferty, zgodnie z Rozdziałem VII i VIII SWKO)*

Dostępność Oferenta (ilość pacjentów, którą Oferent obejmie jednoczasowo opieką; minimalnie 5 osób)	..... (ilość pacjentów; minimalnie 5 osób)
Cena świadczenia (za 1 wizytę w ramach H.D.)	..... (zł brutto/ za 1 wizytę)

W ramach pakietów, na które składam ofertę wyrażam gotowość kompleksowej realizacji zamówienia zgodnie z posiadanymi komptenecjami i projektem umowy stanowiącej załącznik do SWKO.
Wyrażam gotowość do udzielania świadczeń w sposób ciągły, zgodnie z organizacją pracy obowiązującą u Udzielającego zamówienie.

2021 -12- 2 1

DYREKTOR
Beskidzkiego Centrum Onkologii
- Szpitala Miejskiego
im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej
lek. med. Lech Wedrychowicz

..... , dnia .....
/miejscowość/

.....
/pieczątka i podpis osoby uprawnionej/

Beskidzkie Centrum Onkologii
- Szpital Miejski
im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej
43-300 Bielsko-Biała, ul. Wyzwolenia 18
Tel. 33/ 816-43-70, Fax 33/ 816-44-01
NIP 9372662340 REGON 242865296