**Załącznik nr 1 do SWKO**

**KOD: 2023-DOB-2**

Dane Oferenta:

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

**Kontaktowy nr telefonu:**………………………………………………………

**Nazwa oferenta:**………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………

**Adres:**………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………….

**Nr NIP:** …………………….…………………………..

OŚWIADCZENIA

Przystępując do konkursu ofert **KOD: 2023-DOB-2** **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.

11. *(Jeżeli dotyczy)* W sytuacji wyboru mojej oferty na realizację świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym, wyrażam gotowość rozwiązania umowy o pracę\* za porozumieniem stron w terminie pozwalającym na uniknięcie sytuacji zbiegu umów (równoległego zatrudnienia na podstawie odrębnych umów).

*\* Po zawarciu umowy na świadczenia będące przedmiotem niniejszego konkursu, Oferent nie może być zatrudniony u Udzielającego zamówienie (BCO-SM) w oparciu o umowę o pracę. W przypadku Oferentów przystępujących do konkursu ofert, którzy w momencie składania oferty mają status pracownika Udzielającego zamówienie udzielającego świadczeń zdrowotnych w oparciu o umowę o pracę, a których umowa nie wygaśnie po okresie procedowania niniejszego postępowania i w momencie zawarcia umowy kontraktowej, oferent składając ofertę, wyraża gotowość rozwiązania w/w umowy w trybie opisanym w ust. 11 (powyżej).*

................................., dnia ............................ ..................................................................

 miejscowość podpis / pieczątka osoby uprawnionej

**Załącznik nr 2 do SWKO**

**KOD: 2023-DOB-2**

**Nazwa Oferenta:**

……………………………………………………………..

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

F O R M U L A R Z O F E R T O W Y

1/ Przystępując do konkursu na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarzy **w zakresie wykonywania i opisu badań diagnostyki obrazowej** w komórkach organizacyjnych Udzielającego zamówienie **KOD: 2023-DOB-2** oferuję realizację zamówienia**:**

**Pakiet 1**

wykonywanie badań i sporządzanie opisów badań obrazowych przez lekarza w lokalizacji u Udzielającego zamówienia przy ul. Wyspiańskiego lub w lokalizacji przy ul. Wyzwolenia **w dni robocze w godz. 8.00 - 18.00,** zgodniez ustalonym harmonogramem; przy wypracowaniu deklarowanych w ofercie godzin możliwość wykonywania przez Przyjmującego zamówienie opisów poza lokalizacją szpitala\*

P1 a/ **Dostępność, doświadczenie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dostępność Oferenta** (godz. / mc) | ……………………………………………………Średnia ilość godzin w miesiącu (**minimalnie 60 godzin dostępności)** |
| **Doświadczenie\*\* Oferenta** (lata)*\*\* Doświadczenie w zakresie realizacji badań i opisów diagnostyki obrazowej ogólnie*  | ………………………………………………….. latPosiadane doświadczenie (minimalne doświadczenie w zakresie przedmiotu konkursu: **3 lata**) |

*\*W przypadku wykonywania opisów poza lokalizacją Udzielającego zamówienie, Przyjmujący zamówienie we własnym zakresie i na własny koszt odpowiada za zapewnienie sprzętu (stacja robocza, w tym: komputer, monitor; inne potrzebne urządzenia) zgodnego z wymaganiami (parametry techniczne; inne) określonymi w obowiązujących przepisach prawa oraz gwarantującego zachowanie właściwych standardów opisu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Udzielający zamówienia ponosi koszta i zapewnia właściwe oprogramowanie, oraz odpowiada za konfigurację stacji roboczej Przyjmującego zamówienie lub wykonuje inne czynności techniczno-organizacyjne związane z ustanowieniem bezpiecznego dostępu do danych medycznych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.*

P1 b/ **Doświadczenie -** **opisy onkologiczne**

Jeżeli posiada Pan/Pani **doświadczenie** w realizacji opisów badań diagnostyki obrazowej w **obszarze** **onkologii** (na rzecz podmiotów prowadzących leczenie lub realizujących diagnostykę onkologiczną) proszę wypełnić poniższą tabelę:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa podmiotu, miasto**(np. Szpitala, Pracowni) | **Okres wykonywania opisów**(np. 01/01/2021 – 31/12/2022) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

P1 c/ **Proponowany przez oferenta harmonogram** udzielania świadczeń w ramach zadeklarowanych godzin, w dniach pn-pt w godz. 8.00 – 18.00; można wybrać jedną lub obie lokalizacje.

Lokalizacja **Wyzwolenia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Poniedziałek(pomiędzy 8 - 18) | Wtorek(pomiędzy 8 - 18) | Środa(pomiędzy 8 - 18) | Czwartek(pomiędzy 8 - 18) | Piątek(pomiędzy 8 - 18) |
| od………do…………… | od…………do………… | od……….do…………. | od………….do………… | od…………do…………. |

Lokalizacja **Wyspiańskiego**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Poniedziałek(pomiędzy 8 - 18) | Wtorek(pomiędzy 8 - 18) | Środa(pomiędzy 8 - 18) | Czwartek(pomiędzy 8 - 18) | Piątek(pomiędzy 8 - 18) |
| od………do…………… | od…………do………… | od……….do…………. | od………….do………… | od…………do…………. |

P1 d/ **Cena świadczeń**

Oferent składając ofertę wypełnia **obligatoryjnie minimum 6 wybranych pozycji** (procedur) **tabeli.**

W każdej wybranej przez Oferenta procedurze **należy wypełnić obie kolumny: cena** (proponowana stawka) oraz gwarantowana **liczba** (przewidywana ilość wykonywanych procedur).

Nie wypełnienie poniższej tabeli w sposób określony powyżej będzie podstawą odrzucenia oferty.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Procedura** | **Cena** [zł] | **Jednostka rozliczeniowa** | **Gwarantowana liczba** poszczególnych procedur\*\*[ilość] |
| 1 | TK bez kontrastu (1 okol.anat.)\* |  | zł/opis |   |
| 2 | TK z kontrastem (1 okol.anat.)\* |  | zł/opis |   |
| 3 | MR (głowa, twarzoczaszka, szyja, brzuch lub miednica) |  | zł/opis |   |
| 4 | MR piersi |  | zł/opis |   |
| 5 | MR (1 okol. anat. kręgosłupa lub 1 inna okol. anat. ciała bez kontrastu)\* |  | zł/opis |   |
| 6 | USG (piersi, brzuch, lub inna okol. anat; Doppler) |  | zł/wykonanie+opis |   |
| 7 | RTG |  | zł/opis |   |
| 8 | MMG diagnostyka |  | zł/opis |   |
| 9 | MMG screening |  | zł/opis |   |
| 10 | MMG spektralna (CEM) |  | zł/opis |   |
| 11 | Tomosynteza |  | zł/wykonanie+opis |   |
| 12 | BAC |  | zł/wykonanie+opis |   |
| 13 | BGI pod USG |  | zł/wykonanie+opis |   |
| 14 | BGI pod USG + znacznik (panel) |  | zł/wykonanie+opis |   |
| 15 | BGI narządów miąższowych |  | zł/wykonanie+opis |   |
| 16 | BGI wspomagana próżnią (pod MR) |  | zł/wykonanie+opis |   |
| 17 | BGI wspomagana próżnią MMT (pod USG) |  | zł/wykonanie+opis |   |
| 18 | BGI MMT (pod MMG) |  | zł/wykonanie+opis |   |
| 19 | znacznik pod USG - pierś |  | zł/wykonanie+opis |   |
| 20 | Znacznik prostata |  | zł/wykonanie+opis |   |
| 21 | kotwica lokalizacyjna |  | zł/wykonanie+opis |   |
| 22 | Drenaż ( w tym pod kontrolą USG lub TK) |  | zł/wykonanie+opis |   |
| 23 | konsultacja badań zewnętrznych TK/MR(np. kwalifikujace pacjenta do BGI) |  | zł/konsultacja |   |

*\* bazową jednostką rozliczeniową jest stawka za opis 1 okolicy anatomicznej. W przypadku opisów badania obejmującego jednoczasowo więcej niż 1 okol. anat., stawki rozliczenia za każdą okolicę sumują się, przy czym opis 3 lub więcej okolic będzie rozliczany kwotą równoważną wartości za opis 3 okolic (np. za opis 4 okolic anatomicznych wartość rozliczenia = 3 x stawka rozliczenia 1 okolicy)*

*\*\*gwarantowana przez oferenta (minimalna) ilość procedur możliwych do realizacji w ramach zaoferowanego przez oferenta wymiaru udzielania świadczeń*

**Pakiet 2** (serce)

sporządzanie opisów badań obrazowych serca w lokalizacji Udzielającego zamówienia (ul. Wyspiańskiego, ul. Wyzwolenia)lubpoza lokalizacją Udzielającego zamówienia, zgodnie z ustalonym harmonogramem i bieżącymi potrzebami\*

*\*W przypadku wykonywania opisów poza lokalizacją Udzielającego zamówienie, Przyjmujący zamówienie we własnym zakresie i na własny koszt odpowiada za zapewnienie sprzętu (stacja robocza, w tym: komputer, monitor; inne potrzebne urządzenia) zgodnego z wymaganiami (parametry techniczne; inne) określonymi w obowiązujących przepisach prawa oraz gwarantującego zachowanie właściwych standardów opisu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Udzielający zamówienia ponosi koszta i zapewnia właściwe oprogramowanie, oraz odpowiada za konfigurację stacji roboczej Przyjmującego zamówienie lub wykonuje inne czynności techniczno-organizacyjne związane z ustanowieniem bezpiecznego dostępu do danych medycznych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.*

P2 a/ **Dostępność, cena świadczeń**

W zakresie **Pakietu 2 - badania serca** (w lokalizacji lub poza), Oferent składając ofertę **wypełnia obligatoryjnie** **wszystkie pozycje tabeli.** W każdej procedurze **należy wypełnić obie kolumny** (**cena** oraz gwarantowana **liczba** świadczeń).

Nie wypełnienie poniższej tabeli w sposób określony powyżej będzie podstawą odrzucenia oferty.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Nazwa procedury** | **Cena procedury**[zł brutto / opis] | Gwarantowana **liczba badań miesięcznie\*** |
| TK serca - badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego (z kontrastem) 5.03.00.0000070 | **……….…………**Stawka zł | **………………………**Średnia ilość badań / mc |
| TK serca CALCIUM SCORE (bez kontrastu) 5.03.00.0000087 | **…………………..**Stawka zł | **……………………...**Średnia ilość badań / mc |

*\* gwarantowana przez oferenta dostępność do realizacji udzielania świadczeń – proponowana ilość świadczeń (procedur) miesięcznie*

P2 b/ **Doświadczenie w zakresie wykonywania i opisu badań obrazowych serca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Doświadczenie\* Oferenta** (lata)*\* Doświadczenie w zakresie realizacji badań i opisów diagnostyki obrazowej serca*  | ………………………………………………….. latPosiadane doświadczenie (minimalne doświadczenie w zakresie badań serca: **3 lata**) |

2/ W sytuacji zaoferowania przez lekarzy dyspozycyjności przekraczającej istniejące zapotrzebowanie na realizację badań / wykonywanie opisów badań, Udzielający zamówienia nie gwarantuje oferentom możliwości pracy w wymiarze przekraczającym bieżące potrzeby szpitala.

3/ Wymagania dla Oferenta dot. kwalifikacji medycznych *(kopię dyplomu specjalizacji / innego właściwego, równoważnego dokumentu należy dołączyć do oferty, zgodnie z Rozdziałem VII i VIII SWKO)*:

lekarz specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej (lub równoważny)

4/ Oświadczam, że w poprzednich 12 miesiącach udzielałam/-em świadczeń zdrowotnych objętych zakresem niniejszego konkursu przez okres co najmniej 6 miesięcy ***( właściwe zaznaczyć [X] )***

**TAK [ ]** albo **NIE [ ]**

5/ Oświadczam, że posiadam okres doświadczenia wskazany przeze mnie w formularzu ofertowym.

6/ Wyrażam gotowość kompleksowej realizacji zamówienia, w ramach posiadanych kompetencji i zgodnie z projektem umowy stanowiącej załącznik do SWKO.

7/ Wyrażam gotowość do udzielania świadczeń w sposób ciągły, zgodnie z organizacją pracy obowiązującą u Udzielającego zamówienie.

8/ Oświadczam, że wszystkie podane przeze informacje są prawdziwe, przedstawiają stan prawny i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty i w razie potrzeby wyrażam gotowość do poddania się weryfikacji w/w informacji przez Udzielającego zamówienie np. poprzez przedstawienie stosownych dokumentów.

................................., dnia ............................ ..................................................................

miejscowość podpis / pieczątka osoby uprawnionej