Znak sprawy: M / 15 / 16 / 2021 **Załącznik nr 1 do SWKO**

Szczecin, dnia …….2021 r.

FORMULARZ OFERTY

Ja niżej podpisany (a) …….…

zamieszkały (a) w …….……...

przy ul. …….....……
…….

Tel ……. E-mail …….……..

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 109 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią SP ZOZ w poniższym zakresie:*

Zadanie I
Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Poradniach Specjalistycznych oraz Poradni POZ:

1. Poradnia Otolaryngologiczna
2. Poradnia Okulistyczna
3. Poradnia Psychologiczna
4. Poradnia POZ

1/ udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Otolaryngologicznej

a/ ryczałt: ……..…zł brutto za 1 dzień udzielania świadczeń zdrowotnych
(słownie:……..…… ……)

Lub

za każdy punkt wypracowany w Poradni zrealizowany, zweryfikowany i zapłacony przez Narodowy Fundusz Zdrowia - …… zł brutto
(słownie…….)

b/ udzielanie konsultacji przez lekarza na rzecz Rejonowej Wojskowej Komisji Lekarskiej, Medycyny Pracy i innych podmiotów wskazanych przez UZ

- za każdą poradę/konsultację/badanie w Poradni na rzecz RWKL
……..zł brutto
(słownie:……..…… ……)

- za każdą poradę/konsultację/badanie w zakresie ……w Poradni …….. na rzecz Medycyny Pracy

……..zł brutto
(słownie:……..…… ……)

2/ udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Okulistycznej

a/ za każdy punkt wypracowany w Poradni zrealizowany, zweryfikowany i zapłacony przez Narodowy Fundusz Zdrowia - …… zł brutto
(słownie…….)

b/ udzielanie konsultacji pacjentom Oddziałów Szpitalnych w godzinach wynikających z harmonogramu
……zł brutto za konsultację
(słownie:……..……)

c/ udzielanie konsultacji pacjentom Oddziałów Szpitalnych na wezwanie poza harmonogramem
……zł brutto za konsultację
(słownie:……..……)

d/ udzielanie konsultacji przez lekarza na rzecz Rejonowej Wojskowej Komisji Lekarskiej, Medycyny Pracy i innych podmiotów wskazanych przez UZ

- za każdą poradę/konsultację/badanie w Poradni na rzecz RWKL
……..zł brutto
(słownie:……..…… ……)

- za każdą poradę/konsultację/badanie w Poradni na rzecz Medycyny Pracy

- ……..zł brutto
(słownie:……..…… ……)

3/ udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Psychologicznej oraz udzielanie konsultacji pacjentom Oddziałów Szpitalnych

a/ za każdą konsultację/badanie w Poradni i oddziałach
……..zł brutto
(słownie……)

b/ za Badanie osób ubiegających się lub posiadających pozwolenie na broń oraz wydawanie w tym zakresie stosownych orzeczeń lub zaświadczeń
……..zł brutto
(słownie……)

c/ za Badanie osób ubiegających się o wpis lub posiadających wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej/zabezpieczenia techn. oraz wydawanie w tym zakresie stosownych orzeczeń lub zaświadczeń
……..zł brutto
(słownie……)

d/ za diagnostyczne badanie psychologiczne żołnierzy zawodowych
……..zł brutto
(słownie……)

e/ udzielanie konsultacji przez lekarza na rzecz Rejonowej Wojskowej Komisji Lekarskiej, Medycyny Pracy i innych podmiotów wskazanych przez UZ

- za każdą poradę/konsultację/badanie w Poradni na rzecz RWKL

……..zł brutto
(słownie:……..…… ……)
- za każdą poradę/konsultację/badanie w Poradni na rzecz Medycyny Pracy
……..zł brutto
(słownie:……..…… ……)

4/ udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej

ryczałt : ……zł brutto miesięcznie
(słownie:……)

Lub

Iloczyn stawki kapitacyjnej za 1 osobę znajdująca się na liście aktywnie zadeklarowanych pacjentów w wysokości …… oraz liczby zadeklarowanych pacjentów

Zadanie II
Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Izbie Przyjęć

a/ ……zł brutto za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych
(słownie:….....…)

Lub

ryczałt: ……..…zł brutto miesięcznie
(słownie:……..…… ……)

b/ Udzielanie świadczeń medycznych osobom doprowadzonym przez funkcjonariuszy służb w zakresie wykonywania badania lekarskiego osobie doprowadzonej do Izby Przyjęć i przewidzianej do umieszczenia w pomieszczeniu przeznaczonym dla osób zatrzymanych, wydania zaświadczenia o braku lub wystąpieniu przeciwwskazań medycznych oraz wypisaniu recepty na niezbędne leki

- ……..zł brutto
(słownie:……..…… ……)

Zadanie III
Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w pracowni Radiologii

1/ wykonywanie badań:
a) USG (poza usg piersi) wraz z opisem…….zł
b) USG piersi wraz z opisem…… …….zł
c) USG Doppler wraz z opisem…….zł
d) opis badania RTG…….……...zł
e) USG stawu wraz z opisem (na rzecz pacjentów Szpitala)…….zł
f) USG stawu wraz z opisem (komercyjne) ……zł
g) pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń w Pracowni Radiologii, zgodnie z harmonogramem w tym przyjazd na wezwanie i udzielanie świadczeń …….zł

Zadanie IV

Pełnienie dyżurów lekarskich stacjonarnych w Oddziałach Szpitalnych :
1/ Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Endokrynologii dyżur łączony z Oddziałem Kardiologicznym, Rehabilitacji, Dermatologii

……zł brutto za 1 godz. dyżuru w Oddziale ……
(słownie:….....…)

2/ Izba przyjęć
a/ ……zł brutto za 1 godz. dyżuru
(słownie:….....…)
b/ Udzielanie świadczeń medycznych osobom doprowadzonym przez funkcjonariuszy służb w zakresie wykonywania badania lekarskiego osobie doprowadzonej do Izby Przyjęć i przewidzianej do umieszczenia w pomieszczeniu przeznaczonym dla osób zatrzymanych, wydania zaświadczenia o braku lub wystąpieniu przeciwwskazań medycznych oraz wypisaniu recepty na niezbędne leki

- ……..zł brutto
(słownie:……..…… ……)

3/ Oddział Chorób Wewnętrznych dyżur łączony z Oddziałem Kardiologicznym, Rehabilitacji, Endokrynologii i Dermatologii łączony z Izbą Przyjęć

a/……zł brutto za 1 godz. dyżuru
(słownie:….....…)

b/ Udzielanie świadczeń medycznych osobom doprowadzonym przez funkcjonariuszy służb w zakresie wykonywania badania lekarskiego osobie doprowadzonej do Izby Przyjęć i przewidzianej do umieszczenia w pomieszczeniu przeznaczonym dla osób zatrzymanych, wydania zaświadczenia o braku lub wystąpieniu przeciwwskazań medycznych oraz wypisaniu recepty na niezbędne leki

……..zł brutto
(słownie:……..…… ……)

Zadanie V
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań urodynamicznych przy użyciu własnego sprzętu na potrzeby pacjentów Poradni Ginekologiczno-Położniczej i Urologicznej

za każde badanie ……..zł brutto
(słownie……)

Zadanie VI
udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie stomatologii ogólnej przez lekarzy w Przychodni Stomatologicznej zgodnie z przyjętym harmonogramem udzielania świadczeń

wynagrodzenie w wysokości ……..% wpływów za realizację usług pełnopłatnych zgodnie z cennikiem Udzielającego Zamówienia (dostępny na stronie www.109szpital.pl)
Zadanie VII

przygotowywanie i wydawanie zwłok z Pracowni Patomorfologii zgodnie z przyjętymi standardami i procedurami

ryczałt: ……..…zł brutto miesięcznie
(słownie:……..…… ……)

Zadanie VIII
wykonywanie badań cytologicznych-cytologii złuszczeniowej w Pracowni Patomorfologii zgodnie z przyjętym harmonogramem

ryczałt: ……..…zł brutto miesięcznie
(słownie:……..…… ……)

Zadanie IX
wykonywanie sekcji zwłok w Pracowni Patomorfologii zgodnie z przyjętymi standardami i procedurami zgodnie z przyjętym harmonogramem

za każdą przeprowadzona sekcję zwłok ……..zł brutto
(słownie……)

Zadanie X
udzielanie świadczeń zdrowotnych przez diagnostę laboratoryjnego w Pracowni Patomorfologii zgodnie z przyjętym harmonogramem udzielania świadczeń

ryczałt: ……..…zł brutto miesięcznie
(słownie:……..…… ……)

1. Forma zatrudnienia/rodzaj umowy (podkreślić właściwe):
   - umowa zlecenie
   - umowa kontraktowa (własna działalność gospodarcza)
2. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia i ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz zdobyłem(am) konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Komendanta Szpitala.
4. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w uzasadnionych przypadkach najpóźniej w terminie 30 dni od jej podpisania, kopii polisy ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej podmiotów przyjmujących zamówienia na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń.
5. Oświadczam, że nie toczą się wobec mnie żadne postępowania sądowe ani postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związanej z wykonywaniem zawodu.

Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty (kopie):
1.
2.

3.

* właściwe podkreślić

…… ……
/data sporządzenia oferty/ /PIECZĘĆ I PODPIS OFERENTA/

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest 109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ przy ul. Piotra Skargi 9-11, 70-965 Szczecin. Dane przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z właściwymi przepisami Ustawy o działalności leczniczej oraz Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jak również zawarcia umowy na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych oraz jej realizacji, a także udokumentowania postępowania i jego archiwizacji. Uwzględniając ograniczenia wynikające z przepisów prawa, przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych, w tym otrzymania kopii, ich sprostowania lub uzupełnienia, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Dalsze informacje dot. przetwarzania Pani/Pana danych osobowych podane są na stronie internetowej www.109szpital.pl w zakładce RODO.