

**Załącznik nr 2 do ogłoszenia konkursu ofert
FORMULARZ OFERTOWY WRAZ Z OŚWIADCZENIEM OFERENTA**

**UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
RODZAJ: LECZENIE SZPITALNE/PLANOWE
ZAKRES: CHIRURGIA**

DANE OFERENTA

1. Pełna nazwa podmiotu leczniczego/zgodna z właściwym rejestrem:

2. Siedziba/adres:

3. Adres do doręczeń:

4. Tel., fax, adres mail:

5. Forma prawna prowadzonej działalności:

6. Osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu leczniczego, zgodnie z dokumentami rejestracyjnymi:

7. Dane Pełnomocnika w przypadku jego ustanowienia:

8. Numer właściwego rejestru (KRS):

Czytelny podpis oferenta _____

9. Numer właściwej księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

10. Numer NIP I REGON:

11. Miejsce udzielania świadczeń objętych ofertą:

Adres: _____

Zakład leczniczy (nazwa, właściwy kod rejestrowy): _____

Jednostka organizacyjna (nazwa, właściwy kod rejestrowy): _____

Komórka organizacyjna (nazwa, właściwy kod rejestrowy): _____

12. Spełnianie wymogów

I.p.	Warunek/kryterium	TAK*	NIE*
1	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem postępowania na podstawie umowy zawartej z Dyrektorem właściwego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia na okres co najmniej do		
2	Posiadanie certyfikatu CMJ Centrum Monitorowania Jakości ważnego w dniu składania oferty i obowiązywania umowy		
3	Posiadanie certyfikatu serii ISO w zakresie usług medycznych będących przedmiotem postępowania - ważnego w dniu składania oferty i obowiązywania umowy		
4	Posiadanie Certyfikatu Szpital bez bólu ważnego w dniu składania oferty i obowiązywania umowy		
5	Posiadanie w strukturach podmiotu leczniczego: oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego: 4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii		
6	Posiadanie w strukturach podmiotu leczniczego: oddziału chorób wewnętrznych, wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego: 4000		
7	Posiadanie na oddziale, na którym realizowane będą		

Czytelny podpis oferenta _____

	świadczenia co najmniej jednego pokoju jednoosobowego z pełnym węzłem sanitarnym		
8	Posiadanie na oddziale, na którym realizowane będą świadczenia, co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowanego dla osób niepełnosprawnych		
9	Laparoskop diagnostyczno-terapeutyczny – w miejscu udzielania świadczeń		
10	W oddziale jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem konkursu.		
11	Badania tomografii komputerowej – w lokalizacji		
12	Badania rezonansu magnetycznego – w lokalizacji.		
13	Cena oferowana		

* proszę zaznaczyć znakiem X właściwą odpowiedź

13. Oferta rzeczowo-finansowa

Lp	PROCEDURA / DLA DOROSŁYCH	ilość punktów	ilość procedur/nie mniej niż	łączna ilość punktów
1	JPG – F72 Operacje przepuklin jamy brzusznej	2758	10	
2	JPG – G25E Wycięcie pęcherzyka żółciowego > 65 r.ż.	3840	5	
3	JPG – G25F Wycięcie pęcherzyka żółciowego < 66 r.ż.	3407	5	
4	JPG - F93 Średnie zabiegi odbytu (żylaki odbytu)	1325	10	
5	JPG – Q23 Operacje żylaków z safenektomią	2001	20	
6.	JGP – H84 Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego Wycięcie zmiany mięśnia - inne - 83.329 Wycięcie zmiany tkanek miękkich inne - 83.399 Nacięcie/drenaż skóry/ tkanki podskórnej inne - 86.04 Wycięcie cysty lub zatoki pilonidalnej - 86.21 Usunięcie wilgotnej tkanki martwiczej - 86.272	1618	10	
7.	JPG – J33 Średnie zabiegi skórne Radykalne wycięcie zmiany skóry - 86.4	2007	10	

Czytelny podpis oferenta _____

8.	JGP-J46 Duże choroby infekcyjne skóry Zapalenie tkanki podskórnej palca ręki i stopy- L03.0 Zapalenie tkanki łącznej innych części kończyny - L03.1 Zapalenie tkanki łącznej twarzy - L03.2 Zapalenie tkanki łącznej tułowia - L03.3 Zapalenie tkanki łącznej o innej lokalizacji - L03.8 Nieokreślone zapalenie tkanki łącznej - L03.9	2293		15
----	--	------	--	----

	oferowana cena jednostkowa brutto za jeden punkt (zł)	
--	---	--

	łączna wartość oferty brutto (zł)	
--	-----------------------------------	--

*świadczenia wskazane w punktach od 1 do 8 obejmują również poradę kwalifikacyjną i poradę kontrolną po zabiegu.

Czytelny podpis oferenta _____

Czytelny podpis oferenta _____

Dane składającego oświadczenie:

Pieczęć podmiotu leczniczego

OŚWIADCZENIA

W imieniu podmiotu leczniczego oświadczam/my :

1. zapoznałem się z zasadami i warunkami konkursu ofert i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję je do stosowania;
2. zapoznałem się i akceptuję warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
3. zapoznałem się z zasadami przygotowania i składania oferty;
4. posiadam tytuł prawny do korzystania z lokali lub budynków, w których będą udzielane świadczenia, sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej ich wyposażenie;
5. spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia;
6. oświadczam, iż spełniam wszystkie warunki do udzielania świadczeń gwarantowanych będących przedmiotem postępowania w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2019r., poz. 1373), w tym warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t. j. Dz.U. 2017 poz. 2295 z późn. zm.), w szczególności w zakresie wymaganego wykwalifikowanego personelu oraz sprzętu niezbędnego do udzielania świadczeń,
7. oświadczam, iż w podmiocie leczniczym spełnione są wszystkie określone przepisami prawa standardy dotyczące kontroli zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej, w tym wdrożone są i aktualizowane właściwe procedury,
8. oświadczam, iż spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej,
9. oświadczam, iż wszystkie dane i informacje podane w złożonej ofercie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie ona zawarta,
10. zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis)

Czytelny podpis oferenta _____

Dane składającego oświadczenie:

Pieczęć podmiotu leczniczego

OŚWIADCZENIE

W imieniu podmiotu leczniczego informuję, iż w dniu składania oferty podmiot udziela/nie udziela*¹ świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem niniejszego postępowania na podstawie umowy zawartej z Dyrektorem _____ Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;

sygn. umowy _____

okres obowiązywania umowy _____

Jednocześnie zobowiązuje się, w przypadku wyboru złożonej oferty i zawarcia umowy będącej przedmiotem postępowania, do poinformowania na podstawie art. 9b ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*t. j. Dz. U. z 2019r., poz. 1373*) właściwego miejscowo Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o zawarciu umowy oraz wykonywaniu właściwego obowiązku sprawozdawczego.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis)

¹ Niepotrzebne skreślić

Czytelny podpis oferenta _____