

**Załącznik nr 2 do ogłoszenia o konkursie ofert**

**FORMULARZ OFERTOWY WRAZ Z OŚWIADCZENIAMI OFERENTA  
W KONKURSIE OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ – ŚWIADCZENIA  
GWARANTOWANE-  
LECZENIE SZPITALNE CHIRURGIA DLA DOROSŁYCH**

**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):**

---

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

---

**Czytelny podpis oferenta** \_\_\_\_\_

**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**

- 1) Niniejszym przystępuję do konkursu ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia gwarantowane- leczenie szpitalne chirurgia – świadczenia planowe i składam ofertę na wykonanie przedmiotowego zamówienia zgodnie z treścią ogłoszenia o konkursie
- 2) Oferuję wykonanie świadczeń opieki zdrowotnej w poniższym zakresie będącym przedmiotem konkursu:

**Warunek podstawowy – CENA:**

| L.p. | Nazwa procedury                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ilość punktów | Ilość Procedur /nie mniej niż | Oferowana ilość Procedur | łącznie ilość punktów |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 1.   | JGP – F72 Operacje przepuklin jamy brzusznej                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2841          | 10                            |                          |                       |
| 2.   | JGP – G25E Wycięcie pęcherzyka żółciowego > 65 r.ż.                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3955          | 5                             |                          |                       |
| 3.   | JGP – G25F Wycięcie pęcherzyka żółciowego < 66 r.ż.                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3509          | 5                             |                          |                       |
| 4.   | JGP - F93 Średnie zabiegi odbytu (żylaki odbytu)                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1393          | 10                            |                          |                       |
| 5.   | JGP – Q23 Operacje żylaków z safenektomią                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2061          | 20                            |                          |                       |
| 6.   | JGP – H84 Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich<br>Wycięcie zmiany mięśnia - inne - 83.329<br>Wycięcie zmiany tkanek miękkich inne - 83.399<br>Nacięcie/drenaż skóry/ tkanki podskórnej inne - 86.04<br>Wycięcie cysty lub zatoki pilonidalnej - 86.21<br>Usunięcie wilgotnej tkanki martwiczej - 86.272 | 1618          | 10                            |                          |                       |
| 7.   | JGP – J33 Średnie zabiegi skórne                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2067          | 10                            |                          |                       |

Czytelny podpis oferenta \_\_\_\_\_

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |    |  |  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----|--|--|
|    | Radykalne wycięcie zmiany skóry - 86.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |    |  |  |
| 8. | <b>JGP -J46 Duże choroby infekcyjne skóry</b><br>Zapalenie tkanki podskórnej palca ręki i stopy- L03.0<br>Zapalenie tkanki łącznej innych części kończyny - L03.1<br>Zapalenie tkanki łącznej twarzy - L03.2<br>Zapalenie tkanki łącznej tułowia - L03.3<br>Zapalenie tkanki łącznej o innej lokalizacji - L03.8<br>Nieokreślone zapalenie tkanki łącznej - L03.9 | 2362 | 15 |  |  |
|    | <b>Łączna ilość punktów</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |    |  |  |
|    | <b>Oferowana cena jednostkowa brutto za jeden punkt (zł)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      |    |  |  |
|    | <b>Łączna wartość oferty brutto (zł) – CENA (łączna ilość punktów x oferowana cena jednostkowa brutto za jeden punkt (zł))</b>                                                                                                                                                                                                                                    |      |    |  |  |

- świadczenia wskazane w pkt 1-8 obejmują również poradę kwalifikacyjną oraz poradę kontrolną po wykonaniu operacji/zabiegu.

#### Warunki dodatkowe:

| Lp. | Warunki dodatkowe                                                                                                                                                                                    | TAK <sup>x</sup> | NIE <sup>x</sup> | Dowód |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|-------|
| 1.  | Udzielam świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem konkursu na podstawie umowy zawartej z Dyrektorem właściwego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia na okres co najmniej do....              |                  |                  |       |
| 2.  | Posiadam certyfikat CMJ Centrum Monitorowania Jakości ważny w dniu składania oferty i w okresie obowiązywania umowy                                                                                  |                  |                  |       |
| 3.  | Posiadam certyfikat serii ISO w zakresie usług medycznych będących przedmiotem konkursu - ważny w dniu składania oferty i w okresie obowiązywania umowy                                              |                  |                  |       |
| 4.  | Posiadam Certyfikat Szpital bez bólu ważny w dniu składania oferty i w okresie obowiązywania umowy                                                                                                   |                  |                  |       |
| 5.  | Posiadam w strukturach podmiotu leczniczego: oddział anestezjologii i intensywnej opieki medycznej, wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego: 4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii |                  |                  |       |
| 6.  | Posiadam w strukturach podmiotu leczniczego: oddział chorób wewnętrznych, wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego: 4000 Oddział chorób wewnętrznych                                            |                  |                  |       |

Czytelny podpis oferenta \_\_\_\_\_

|     |                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 7.  | Na oddziale, na którym realizowane będą świadczenia jest co najmniej jeden pokój jednoosobowy z pełnym węzłem sanitarnym                                                                                                                       |  |  |  |
| 8.  | Na oddziale, na którym realizowane będą świadczenia, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych jest przystosowane dla osób niepełnosprawnych                                                                    |  |  |  |
| 9.  | Posiadam 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. | Wykonuję badania tomografii komputerowej – w lokalizacji                                                                                                                                                                                       |  |  |  |
| 12. | Wykonuję badania rezonansu magnetycznego – w lokalizacji                                                                                                                                                                                       |  |  |  |

<sup>x</sup> proszę zaznaczyć znakiem X właściwą odpowiedź

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis oferenta

**Załączniki do formularza:**

**Oświadczenie – załącznik nr 1 do formularza ofertowego**

**Oświadczenie – załącznik nr 2 do formularza ofertowego + oświadczenie**

**Dowód Nr 1.....**

**Dowód Nr 2.....**

**Dowód Nr 3.....**

Czytelny podpis oferenta \_\_\_\_\_

Dane składającego oświadczenie:

\_\_\_\_\_  
Pieczęć podmiotu leczniczego

### OŚWIADCZENIE

W imieniu podmiotu leczniczego informuję, iż w dniu składania oferty podmiot udziela/nie udziela<sup>1</sup> świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem niniejszego konkursu 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 konkursu, 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 z późn. zm.*) właściwego miejscowo Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o zawarciu umowy oraz wykonywaniu właściwego obowiązku sprawozdawczego.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć, podpis)

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

Czytelny podpis oferenta \_\_\_\_\_

Dane składającego oświadczenie:

\_\_\_\_\_  
Pieczęć podmiotu leczniczego

### OŚWIADCZENIA

**W imieniu podmiotu leczniczego oświadczam/my, że :**

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 oraz do 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 z późn. zm.*), 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 ze 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.
11. Oświadczam, że zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.
12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w przedstawionych dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury postępowania

Czytelny podpis oferenta \_\_\_\_\_

konkursowego zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 94/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych); na potwierdzenie przedstawiam oświadczenie według wzoru dołączonego do niniejszego załącznika.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć, podpis)

**Czytelny podpis oferenta** \_\_\_\_\_

Dane składającego oświadczenie:

---

Pieczęć podmiotu leczniczego

### OŚWIADCZENIE

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dla przedsiębiorców i innych podmiotów współpracujących z Gminą Kleszczów zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego RODO.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć, podpis)

Czytelny podpis oferenta

---

Czytelny podpis oferenta \_\_\_\_\_