**Załącznik nr 2 do umowy sygn. …......2025**

**PLAN RZECZOWO-FINANSOWY**

Okres obowiązywania umowy: **……………………………..**

Miejsce udzielania świadczeń : …………………………………………………………………………………………………..

Rodzaj udzielanych świadczeń: **świadczenia gwarantowane, leczenie szpitalne**

Zakres udzielanych świadczeń: **ortopedia i traumatologia narządu ruchu, świadczenia planowe****, świadczenia jednodniowe**

**Strony dopuszczają możliwość składania ofert częściowych**

**Strony dopuszczają możliwość na podstawie uzasadnionego wniosku Gminy Kleszczów lub Świadczeniodawcy lub na podstawie rzeczywistej realizacji ilości procedur wykazanych w miesięcznych sprawozdaniach. Przesunięcie nastąpi w drodze Aneksu do umowy z zastrzeżeniem nieprzekraczalności maksymalnej kwoty wynagrodzenia.**

**Plan rzeczowo-finansowy procedur powyżej jednego dnia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| lp. | **NAZWA PROCEDURY / DLA DOROSŁYCH** | **ilość punktów\*** | | **minimalna ilość procedur** | | **oferowana ilość procedur** | **łączna ilość punktów** |
|  | **Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra z rekonstrukcją kostną, endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia przynasadowego, kopoplastyka stawu biodrowego** | **12811** | **3** | |  | |  |
|  | **Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita stawu kolanowego** | **11786** | **3** | |  | |  |
|  | **Kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy > 65 r ż** | **15647** | **2** | |  | |  |
|  | **Kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy < 66 r ż** | **14584** | **2** | |  | |  |
|  | **Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów** | **13837** | **2** | |  | |  |
| **Łączna ilość punktów** | | | | | | |  |
| **Oferowana cena jednostkowa brutto za jeden punkt (zł)** | | | | | | |  |
| **Łączna wartość oferty brutto (zŁ) – CENA (łączna ilość punktów x oferowana cena jednostkowa brutto za jeden punkt (zł)** | | | | | | |  |

**\*świadczenia wskazane w tabeli obejmują również poradę kwalifikacyjną oraz poradę kontrolną po wykonaniu operacji/zabiegu.**

**\*\* wymieniona w tabeli ilość punktów za daną procedurę może ulec zmianie - w przypadku wykonania przez świadczeniodawcę operacji/zabiegu przekraczającego daną procedurę (dotyczy sytuacji, kiedy w ramach jednej operacji/zabiegu wykonuje się jeszcze dodatkowe procedury z uwagi na stan zdrowia i życia pacjenta). W takiej sytuacji świadczeniodawca wystawi fakturę za faktyczną ilość punktów zgodnie z procedurami obowiązującymi w danym podmiocie leczniczym wraz z uzasadnieniem danej sytuacji opisanej w sprawozdaniu do faktury w ramach maksymalnej kwoty wynagrodzenia**

**Pieczęć i podpis osoby uprawnionej**

**…………………………………………………….**