**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 ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU DLA DOROSŁYCH – ŚWIADCZENIA PLANOWE**

**DANE OFERENTA**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Siedziba**/adres:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Adres do doręczeń**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Tel., fax, adres e-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:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 ortopedia i traumatologia narządu ruchu – 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:

**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** | **1** |  |  |
|  | **Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita stawu kolanowego** | **11786** | **1** |  |  |
|  | **Kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy > 65 r ż** | **15647** | **1** |  |  |
|  | **Kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy < 66 r ż** | **14584** | **1** |  |  |
|  | **Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów** | **13837** | **1** |  |  |
| **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**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Warunki dodatkowe – część 1** | **TAKx** | **NIEx** | **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 Akredytacyjny przyznany zgodnie z ustawą o akredytacji ważny w dniu składania oferty i przez cały okres obowiązywania umowy  |  |  |  |
| 3. | Posiadam certyfikat serii ISO w zakresie usług medycznych będących przedmiotem konkursu - ważny w dniu składania oferty i przez cały okres obowiązywania umowy |  |  |  |
| 4. | Posiadam Certyfikat Szpital bez bólu ważny w dniu składania oferty i przez cały okres 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 |  |  |  |
| 7. | Posiadam w strukturach podmiotu leczniczego: ośrodek rehabilitacji dziennej, wpis w rejestrze : część VIII kodu: 2300 |  |  |  |
| 8 | Na oddziale, na którym realizowane będą świadczenia jest co najmniej jeden pokój jednoosobowy z pełnym węzłem sanitarnym |  |  |  |
| 9. | Na oddziale, na którym realizowane będą świadczenia co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych jest przystosowane dla osób niepełnosprawnych |  |  |  |
| 10. | Posiadam artroskop diagnostyczno-terapeutyczny – w miejscu udzielania świadczeń\*\* |  |  |  |
| 11. | 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. |  |  |  |
| 12. | Wykonuję badania tomografii komputerowej – w lokalizacji\*\*\* |  |  |  |
| 13. | Wykonuję badania rezonansu magnetycznego – w lokalizacji\*\*\* |  |  |  |
| 14. | Wykonanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono konkurs , co najmniej 70 endoprotez stawu kolanowego. |  |  |  |
| 15 | Wykonanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono konkurs, co najmniej 90 endoprotez stawu biodrowego. |  |  |  |

**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………………….**

**Załącznik Nr 1 do formularza ofertowego**

Dane składającego oświadczenie:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pieczęć podmiotu leczniczego

**OŚWIADCZENIE**

W imieniu podmiotu leczniczego informuję, iż w dniu składania oferty podmiot udziela/nie udziela\*[[1]](#footnote-1) 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 2025 r., poz. 620)* właściwego miejscowo Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o zawarciu umowy oraz wykonywaniu właściwego obowiązku sprawozdawczego.

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

(miejscowość, data) (pieczątka, podpis)

**Załącznik Nr 2 do formularza ofertowego**

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 2025 r., poz. 620)*, 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. 2021 poz. 652 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 antybiotykowe, 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.

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

(miejscowość, data) (pieczątka, podpis)

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)