Załącznik nr 1

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

miejscowość, data

**FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY**

**Świadczenie usług zdrowotnych przez lekarza psychiatrę dla Pomorskiego Centrum Reumatologicznego**

**im. dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie Sp. z o.o. z siedzibą w Sopocie**

**Część 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Zakres świadczenia zdrowotnego** | **Jedn.** | **Proponowane wynagrodzenie- stawka za 1 godzinę** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** |
| 1 | Świadczenie specjalistycznych usług medycznych udzielanych przez lekarza w zakresie psychiatrii w Oddziale Dziennym Psychogeriatrycznym PCR Sopot | godzina | …………… zł |

**Uwaga:** Proponowane wynagrodzenie za 1 godzinę obejmuje wszelkie wynagrodzenie należne Przyjmującemu zamówienie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Proponowany harmonogram pracy** | | | | | |
| Wykaz dni pozostawania w dostępności udzielania usług zamówienia wraz ze wskazaniem godzin w siedzibie Udzielającego zamówienia (od-do) | | | | | |
| Oddział Dzienny Psychogeriatryczny | Pn. | Wt. | Śr. | Czw. | Pt. |
|  |  |  |  |  |

Należy podać oferowaną ilość dni i godzin w tygodniu (w układzie od-do) pozostawania w dostępności udzielania usług w siedzibie Udzielającego zamówienia. Proponowana ilość jednostkowa/liczba godzin i dni wykonywanych świadczeń zdrowotnych regulowane będą harmonogramem w zależności od potrzeb organizacyjnych Udzielającego zamówienia.

**obliczenia CENY OFERTY:**

Ceną oferty jest stawka za 1 godzinę.

**Część 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Zakres świadczenia zdrowotnego** | **Jedn.** | **Proponowane wynagrodzenie- stawka za 1 poradę** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** |
| 1 | Świadczenie specjalistycznych usług medycznych udzielanych przez lekarza w zakresie psychiatrii we wszystkich Oddziałach PCR Sopot | porada | …………… zł |

**Uwaga:** Proponowane wynagrodzenie za 1 poradę obejmuje wszelkie wynagrodzenie należne Przyjmującemu zamówienie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Proponowany harmonogram pracy** | | | | | |
| Wykaz dni pozostawania w dostępności udzielania usług zamówienia wraz ze wskazaniem godzin w siedzibie Udzielającego zamówienia (od-do) | | | | | |
| Oddziały PCR Sopot | Pn. | Wt. | Śr. | Czw. | Pt. |
|  |  |  |  |  |

Należy podać oferowaną ilość dni i godzin w tygodniu (w układzie od-do) pozostawania w dostępności udzielania usług w siedzibie Udzielającego zamówienia. Proponowana ilość jednostkowa/liczba godzin i dni wykonywanych świadczeń zdrowotnych regulowane będą harmonogramem w zależności od potrzeb organizacyjnych Udzielającego zamówienia.

**obliczenia CENY OFERTY:**

Ceną oferty jest stawka za 1 poradę.

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

podpis i pieczątka Oferenta lub osoby upoważnionej

Załącznik Nr 2

**FORMULARZ OFERTOWY**

Pełna nazwa oferenta ………………………………………………………………………………………………..…

Pełny adres siedziby oferenta (kod pocztowy) ……………………………………………………………………...…

**nr tel/fax, kom**………………………………. **e-mail** .……………………………………………………………..

nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą: praktyk lekarskich /innego właściwego rejestru …………………………………………………………………………………………………………………

nr statystyczny **REGON** ……………………., nr Identyfikacji Podatkowej **NIP** …………………...………………

Nazwisko i imię oraz stanowisko osób uprawnionych do reprezentowania ………….……………………………….

Nazwa banku, nr rachunku ……………………………………………………………………………………………

1. Oświadczam, iż po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert nr K-9-24 na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie psychiatrii na rzecz pacjentów Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie Sp. z.o.o z siedzibą w Sopocie w podziale na 2 części ofertowe, nie wnoszę do nich zastrzeżeń i składam ofertę na świadczenia zdrowotne zawarte w **Załączniku nr 1 do oferty.**
2. Oświadczam w imieniu w/w Oferenta, że jako podmiot wykonujący działalność leczniczą lub osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, na który składana jest oferta:
   1. jestem uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2023.991 ze zm.) i pozostałymi przepisami, w szczególności jestem zarejestrowany we właściwym rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą z zakresem świadczeń zdrowotnych zgodnie ze składaną ofertą;
   2. posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi;
   3. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny, a także dysponuję osobami uprawnionymi do wykonywania niniejszego zamówienia, tj. lekarzem posiadającym wykształcenie wyższe medyczne, prawo do wykonywania zawodu lekarza i tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii,
   4. w przypadku lekarza składającego ofertę jako indywidualna praktyka lekarska – lekarz winien spełniać warunki wskazane w art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2023.991 ze zm.);
   5. znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia;
   6. potwierdzam dyspozycyjność / dostępność do świadczeń zdrowotnych / usług zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia.
3. Oświadczam, że liczbę i kwalifikacje zawodowe wraz z doświadczeniem osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych ofertą podaję w **Załączniku nr 3.**
4. Oferuję realizację usług w okresie 24 miesięcy od dnia podpisania umowy po prawomocnym rozstrzygnięciu konkursu- nie wcześniej jednak niż od dnia 02.05.2024r.
5. Akceptuję 14-dniowy termin płatności.
6. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z warunkami umowy (projektem umowy) i nie wnoszę do niego zastrzeżeń \*/(wniosłam/-em wcześniej propozycje zmian \*). W przypadku wybrania mojej oferty podpiszę proponowaną treść umowy.
7. Oferuję wykonanie usług zdrowotnych ogłoszonych w konkursie ofert za ceny jednostkowe podane w **Załączniku nr 1.**
8. Oświadczam, że uważam się za związanego/ą niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty złożenia oferty.
9. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności\*/ *lub* oświadczam o zamiarze zawarcia umowy ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych konkursem ofert, niezwłocznie po zawarciu umowy na świadczenia zdrowotne\*
10. Oświadczam, że nie jestem:

a) uczestnikiem konkursu, o którym mowa w art. 7 ust. 1ustawy wymienionym w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 lub wpisanym na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy *z* dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę (Dz. U. poz. 835);

b) uczestnikiem konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisaną na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

c) uczestnikiem konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy.

1. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu i w pozostałych dokumentach załączonych do oferty są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością sankcji związanych z odpowiedzialnością za składanie nieprawdziwych dokumentów lub oświadczeń
2. Przyjmuję do wiadomości, że ilości godzin wskazane w Załączniku nr 1 są szacunkowe. Faktyczne ilości wypracowanych godzin są uzależnione wyłącznie od potrzeb pacjentów Udzielającego zamówienie.
3. Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy do 20% na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienia.

**KLAUZULA RODO**

Ja, niżej podpisana/-y oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dostarczonych przeze mnie w formularzu ofertowym i jego załącznikach, przez spółkę Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr Jadwigi Titz- Kosko w Sopocie Sp. z o.o. z siedzibą w Sopocie – Administratora Danych Osobowych, w celu:

* + - 1. wykorzystania podanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w spółce Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr Jadwigi Titz- Kosko w Sopocie Sp. z o.o., na jakie złożyłem/am ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych \*\*.

TAK

NIE

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

data złożenia oświadczenia podpis osoby składającej oświadczenie

Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność ich przekazania.

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

Data i podpis oferenta lub upoważnionego przedstawiciela

\*) niewłaściwe skreślić

\*\*) Niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Załącznik Nr 3

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

miejscowość, data

**Liczba, kwalifikacje i doświadczenie zawodowe osób udzielających**

**świadczeń zdrowotnych objętych ofertą**

*/sporządza samodzielnie oferent/*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Osoby udzielające**  **świadczeń**  *(imię i nazwisko)* | **Kwalifikacje**  **zawodowe poszczególnych osób** wykazujące spełnianie warunków *(należy załączyć dokumenty potwierdzające wykształcenie tj. dyplom ukończenia studiów medycznych, specjalizację tj. dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie zgodnej ze składaną ofertą oraz dokument potwierdzający posiadanie aktualnego prawa do wykonywania zawodu)* | **Doświadczenie w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych, będących przedmiotem oferty**  *(przebieg zatrudnienia)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

Data i podpis oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela