Załącznik nr 1

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

miejscowość, data

**FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY**

Świadczenie usług zdrowotnych przez lekarzy ortopedów 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, na który jest składana oferta** | **Jedn.** | **Proponowane wynagrodzenie-****% od wartości zabiegu** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** |
| **1** | Wykonywanie zabiegów ortopedycznych zawartych w cenniku usług komercyjnych PCR Sopot na Bloku Operacyjnym Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz- Kosko w Sopocie Sp. z o.o., z siedzibą w Sopocie w lokalizacji Spółki przy ul. Grunwaldzkiej 5 w Sopocie- **samodzielnie** | **Wartość zabiegu wg cennika PCR Sopot** | **……… (max 30%)** |
| **2** | Wykonywanie zabiegów ortopedycznych zawartych w cenniku usług komercyjnych PCR Sopot na Bloku Operacyjnym Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz- Kosko w Sopocie Sp. z o.o., z siedzibą w Sopocie w lokalizacji Spółki przy ul. Grunwaldzkiej 5 w Sopocie- **w asyście** | **Wartość zabiegu wg cennika PCR Sopot** | **……… (max 25%)** |
| **3** | Wykonywanie zabiegów ortopedycznych zawartych w cenniku usług komercyjnych PCR Sopot na Bloku Operacyjnym Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz- Kosko w Sopocie Sp. z o.o., z siedzibą w Sopocie w lokalizacji Spółki przy ul. Grunwaldzkiej 5 w Sopocie- **jako asystent** | **Wartość zabiegu wg cennika PCR Sopot** | **……… (max 5%)** |

**\*w razie wskazania w cenniku zabiegów określenia: „plus cena implantu” wynagrodzenie w % nie obejmuje ceny implantu, w przypadku określenia: „wycena indywidualna” wynagrodzenie w % liczone jest od wyceny ustalonej jako cena za zabieg w umowie z pacjentem lub podmiotem bez implantów lub innych narzędzi ortopedycznych**

**Sposób obliczenia WARTOŚCI OFERTY:**

**Dla Części 1:**

Wartością oferty jest suma ilości zaoferowanej liczby % za poz. 1, poz. 2 oraz poz. 3

**Część 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Zakres świadczenia zdrowotnego, na który jest składana oferta** | **Jedn.** | **Proponowane wynagrodzenie-****Stawka za konsultację brutto**  |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** |
| **1** | Świadczenie usług medycznych w zakresie udzielania specjalistycznych **konsultacji ortopedycznych** w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz- Kosko w Sopocie Sp. z o.o. z siedzibą w Sopocie w lokalizacji Spółki przy ul. Grunwaldzkiej 5 w Sopocie. | **konsultacja** | **……………zł** |

**Sposób obliczenia CENY OFERTY:**

**Dla Części 2:**

Ceną oferty jest stawka za 1 konsultację.

**Część 3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Zakres świadczenia zdrowotnego, na który jest składana oferta** | **Jedn.** | **Proponowane wynagrodzenie-****Stawka za zabieg brutto**  |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** |
| **1** | Wykonywanie zabiegów leczenia zespołów bólowych kręgosłupa **(termolezji)** na Bloku Operacyjnym Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz- Kosko w Sopocie Sp. z o.o., z siedzibą w Sopocie w lokalizacji Spółki przy ul. Grunwaldzkiej 5 w Sopocie. | **cena zabiegu** | **…………… zł** |

**Sposób obliczenia CENY OFERTY:**

**Dla Części 3:**

Ceną oferty jest stawka za 1 zabieg.

……………………………………………………………

 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** ………………………………

nr **PESEL** ………………………………………

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-12-24 na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy ortopedów dla Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie Sp. z.o.o z siedzibą w Sopocie nie wnoszę do nich zastrzeżeń i składam ofertę na świadczenia medyczne 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) 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;

 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 w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu;

* 1. w przypadku lekarza składającego ofertę jako indywidualna praktyka lekarska – spełniam warunki wskazane w art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2023.991)
	2. znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.
	3. potwierdzam dyspozycyjność / dostępność do świadczeń zdrowotnych / usług zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia.
1. Oświadczam, że liczbę i kwalifikacje zawodowe wraz z doświadczeniem osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych ofertą podaję w **Załączniku nr 3.**
2. Oferuję realizację usług w okresie 12 miesięcy od dnia podpisania umowy po prawomocnym rozstrzygnięciu konkursu- nie wcześniej jednak niż od dnia 01.06.2024r.
3. Akceptuję 14-dniowy termin płatności.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami umowy (projektem umowy) i nie wnoszę do niego zastrzeżeń \*/(wniosłem wcześniej propozycje zmian \*). W przypadku wybrania mojej oferty podpiszę proponowaną treść umowy.
5. Oferuję wykonanie usług zdrowotnych ogłoszonych w konkursie ofert za ceny jednostkowe podane w **Załączniku nr 1**
6. Oświadczam, że uważam się za związanego/ą niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty złożenia oferty.
7. 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\*
8. 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 2023 r. poz. 120), 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.

11) Oświadczam, że moje dane nie figurują w Rejestrze Przestępców na Tle Seksualnym.

12)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.

13) Przyjmuję do wiadomości, że ilości świadczeń wskazane w Załączniku nr 1 są szacunkowe. Faktyczne ilości udzielanych świadczeń są uzależnione wyłącznie od potrzeb pacjentów Udzielającego zamówienie.

14) Przyjmuję do wiadomości, że Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy do 50% w stosunku do wartości umownej 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 siedziba 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 i kwalifikacje 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 wykonywania zawodu)* | **Doświadczenie w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych, będących przedmiotem oferty** *(przebieg zatrudnienia)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

 Data i podpis oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela