Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY**

świadczenia zdrowotne w zakresie usług polegających nawykonywaniu badań USG stawów i dopplerowskich wraz z opisem (poz. 1), wykonywaniu badań USG ogólnodiagnostycznych wraz z opisem (poz. 2), opisywaniu badań RTG (poz. 3), opisywaniu badań TK (poz. 4), opisywaniu badań angio-TK realizowanych przez inne wykwalifikowane osoby (poz. 5), sprawowanie nadzoru organizacyjnego nad wykonywaniem badań TK oraz angio-TK (poz. 6).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres świadczenia zdrowotnego** | **Cena jedn. (brutto) za wykonanie poszczególnego badania / opisu (poz. 1-5), za godzinę (poz. 6)** | **Deklarowana ilość badań / opisów/ godzin w czasie trwania umowy** | **CENA OFERTY**  **cena jednostkowa (brutto) za wykonanie poszczególnego badania / opisu/ za godzinę pomnożona przez deklarowaną ilość w czasie trwania umowy** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Udzielanie świadczeń zdrowotnych – wykonywanie badań USG stawów i dopplerowskich wraz z opisem realizowanych w Pracowni USG, na rzecz pacjentów PCR Sopot |  |  |  |
| 2. | Udzielanie świadczeń zdrowotnych – wykonywanie badań USG ogólnodiagnostycznych wraz z opisem realizowanych w Pracowni USG, na rzecz pacjentów PCR Sopot |  |  |  |
| 3. | Udzielanie świadczeń zdrowotnych – opisywanie badań RTG realizowanych przez inne wykwalifikowane osoby w Pracowni RTG, na rzecz pacjentów PCR Sopot |  |  |  |
| 4. | Udzielanie świadczeń zdrowotnych – opisywanie badań TK realizowanych przez inne wykwalifikowane osoby w Pracowni TK, na rzecz pacjentów PCR Sopot |  |  |  |
| 5. | Udzielanie świadczeń zdrowotnych – opisywanie badań angio-TK realizowanych przez inne wykwalifikowane osoby w Pracowni TK, na rzecz pacjentów PCR Sopot |  |  |  |
| 6. | Udzielanie świadczeń zdrowotnych- sprawowanie nadzoru organizacyjnego nad wykonywaniem badań TK oraz angio-TK |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pn.** | **Wt.** | **Śr.** | **Czw.** | **Pt.** |
|  |  |  |  |  |

Należy podać oferowaną ilość dni i godzin **(minimum 7)** w tygodniu pozostawania w dostępności udzielania usług w lokalizacjach Udzielającego zamówienia. Proponowana ilość jednostkowa/liczba godzin i dni wykonywanych świadczeń zdrowotnych regulowane będą Harmonogramem w zależności od potrzeb organizacyjnych Udzielającego zamówienia.

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

 Data, podpis i pieczątka Oferenta lub osoby upoważnionej

Załącznik Nr 2

FORMULARZ OFERTOWY

# Pełna nazwa Oferenta …………………………………………………….............................…………………………………………..…......

…………………………………………………….............................…………………………………………..…......

Pełny adres siedziby Oferenta .........................................................................................................................................................................................

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

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

**PESEL** …………………………………………………

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-6-25 na udzielanie świadczeń zdrowotnych realizowanych na rzecz pacjentów Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Spółka 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 (j.t. Dz.U. z 2024 r., poz. 799 ze zm.) i pozostałych przepisach, 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 do wykonywania niniejszego zamówienia, a także dysponuję osobami uprawnionymi do wykonywania świadczeń objętych konkursem, tj. lekarzem posiadającym wykształcenie wyższe medyczne, tytuł specjalisty w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej oraz aktualne prawo do wykonywania zawodu lekarza;
4. w przypadku lekarza składającego ofertę jako indywidualna praktyka lekarska – lekarz winien spełniać warunki wskazane w art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (j.t. Dz.U. z 2024 r., poz. 799 ze zm.).

e) znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.

f) 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 od dnia podpisania umowy po prawomocnym rozstrzygnięciu konkursu- nie wcześniej jednak niż od dnia 02.05.2025 r. do dnia 01.01.2026 r.

5) Akceptuję 14 dniowy termin płatności.

6) Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami umowy (projektem umowy) i nie wnoszę do niego zastrzeżeń \*/(wnieśliśmy wcześniej propozycje zmian\*). W przypadku wybrania mojej oferty podpiszę proponowaną treść umowy.

7) Oferuję wykonanie usług zdrowotnych ogłoszonych w konkursie ofert zgodnie z **Załącznikiem 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.

**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.

12) 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.

13) 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. – Inspektora 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*

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

Załącznik nr 3

**Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających**

**świadczeń zdrowotnych objętych ofertą**

/sporządza samodzielnie oferent/

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Osoby przeznaczone do****udzielania 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 radiologii i diagnostyki obrazowej 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