Załącznik nr 1 do „Szczegółowych warunków konkursu ofert" na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Łódź, dnia..... r.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta
Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Kopcińskiego 22, 91-153 Łódź

O F E R T A

Na **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy na okres 3 lat**
w rodzaju kod CPV 85150000-5– Usługi obrazowania medycznego w zakresie całodobowej opieki lekarskiej z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej w dni powszednie i świąteczne
w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Imię ……

Nazwisko ……..

PESEL ……

Zawód ……..

Nr prawa wykonywania zawodu ……

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji) ……

Nr dokumentu specjalizacji ……

Firma przedsiębiorcy ……

Numer księgi rejestrowej ……..

NIP ……REGON…… Telefon ……

Adres indywidualnej praktyki lekarskiej ……..

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki) ……..

……

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy na okres 3 lat w rodzaju Kod CPV 85150000-5 **Usługi obrazowania medycznego w zakresie całodobowej opieki lekarskiej z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej w dni powszednie i świąteczne w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi** w siedzibie Udzielającego Zamówienia zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

Oferent proponuje następujące warunki wynagrodzenia:

Zgodnie z kalkulacją cenową przedstawioną poniżej:

RTG
zmiany dzienne zwykłe tj. pn. – pt. (godz. 8:00 – 14:00; 14:00 – 20:00) płatne wg stawki godzinowej **…….. zł** brutto oraz badania ponadlimitowe wg stawek:

a. …… zł brutto (powyżej 50 badań – badania ponadlimitowe)

USG
zmiany dzienne zwykłe tj. pn. – pt. (godz. 8:00 – 14:00; 14:00 – 20:00) płatne wg stawki godzinowej **…….. zł** brutto oraz badania ponadlimitowe wg stawek:

a. USG - **…….. zł** brutto (powyżej 20 badań - badania ponadlimitowe)

USG - Doppler
zmiany dzienne zwykłe tj. pn. - pt. (godz. 8:00 – 14:00; 14:00 – 20:00) płatne za każde badanie wg stawki:

a. USG-D naczyń szyjnych – **…….. zł** brutto
b. USG-D tt. szyjnych - **…….. zł** brutto
c. USG-D naczyń kończyn dolnych jedna kończyna układ tętniczy – **…….. zł** brutto
d. USG-D naczyń kończyn dolnych jedna kończyna układ żylny – **…….. zł** brutto
e. USG-D naczyń kończyn dolnych dwie kończyny układ tętniczy - **…….. zł** brutto
f. USG-D naczyń kończyn dolnych dwie kończyny układ żylny – **…….. zł** brutto
g. USG-D naczyń kończyn dolnych dwie kończyny układ tętniczy i żylny – **…….. zł** brutto
h. USG-D tt. nerkowych – **…….. zł** brutto
i. USG-D u. wrotnego – **…….. zł** brutto
j. USG-D przetok – **…….. zł** brutto

TK
zmiany dzienne zwykłe tj. pn. – pt. (godz. 8:00 – 14:00; 14:00 – 20:00) płatne wg stawki godzinowej **…….. zł** brutto oraz badania ponadlimitowe wg stawek:

a. jedna okolica – **…….. zł** brutto
b. dwie okolice – **…….. zł** brutto
c. trzy okolice – **…….. zł** brutto
d. angio -TK jedna okolica – **…….. zł** brutto
e. angio -TK dwie okolice / TAVI – **…….. zł** brutto
f. angio -TK trzy okolice – **…….. zł** brutto
g. serce – **…….. zł** brutto
h. uraz wielonarządowy – **…….. zł** brutto
i. perfuzja – **…….. zł** brutto

(powyżej 14 badań – badania ponadlimitowe)

RM
zmiany dzienne zwykłe tj. pn. – pt. (godz. 8:00 – 14:00; 14:00 – 20:00) płatne wg stawki godzinowej **…….. zł** brutto oraz badania ponadlimitowe wg stawek:

a) jedna okolica – **…….. zł** brutto

b) dwie okolice – **…… zł** brutto
c) trzy okolice – **…… zł** brutto
d) badanie serca – **…… zł** brutto
e) badania zaawansowane np. spectroskopia, fMRI - **…… zł** brutto
f) badania o podwyższonym poziomie trudności (badania stawów z wyłączeniem kręgosłupa oraz stawów krzyżowo – biodrowych, badania prostaty, onkologiczne badania szyi/twarzoczaszki, badania jamy brzusznej i miednicy:

- jedna okolica – **…… zł** brutto
- dwie okolice – **…… zł** brutto
- trzy okolice - **…… zł** brutto

(powyżej 8 badań – badania ponadlimitowe)

Konsultacja badań onkologicznych wykonanych poza Zakładem Diagnostyki Obrazowej - **…… zł** brutto.

DYŻURY
Dyżury zwykłe nocne tj. pn. – pt. tj. 20.00 - 8.00 - stawka godzinowa **…… zł** brutto i dodatkowo za każde badanie wg stawek jw.
Dyżury weekendowe i świąteczne - stawka godzinowa **…… zł** brutto i dodatkowo za każde badanie wg stawek jw.
Dyżury jednoosobowe – dodatkowo **…… %** stawki dyżurowej.

Oferent wypełnia tylko te punkty, na które składa Ofertę, nie wpisanie stawki w danym punkcie będzie uznane jako nie złożenie oferty przez Oferenta w tym zakresie.

……
Podpis Oferenta

Załącznik Nr 1 do OFERTY

ZAŁĄCZNIKI – odpowiednio dla OFERENTA**:

Oryginały lub poświadczone kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu, w szczególności:

1. Prawo wykonywania zawodu,
2. Dyplom ……,
3. Kopie dokumentów dotyczących specjalizacji, kursów, szkoleń,
4. Kopie dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje, inne posiadane dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności.
5. Oświadczenie oferenta o obowiązku przedłożenia zaświadczenia o niekaralności z KRK przed podpisaniem umowy
6. Aktualne orzeczenie lekarskie wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania czynności, będących przedmiotem niniejszego postępowania.

Oryginały lub poświadczone kopie dokumentów określających status prawny oferenta, w szczególności:

1. Zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych/grupowych specjalistycznych praktyk,
2. Zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
3. Zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
4. Zaświadczenie o wpisie do KRS,
5. Kopię polisy OC,
6. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert", o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta.

**- skreślić jeżeli nie dotyczy.

……
Podpis Oferenta

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

- Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert" i nie wnosi do nich zastrzeżeń.
- Zapoznał się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 2 do „Szczegółowych warunków konkursu ofert" i akceptuje je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuje się w przypadku wyboru jego oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia. W przypadku uchylania się od podpisania przez wybranego Oferenta umowy, w terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia, może to stanowić podstawę do wykluczenia od udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego zamówienie.
- Uważa się związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
- Zapoznał się z Regulaminem Przeprowadzania Konkursu obowiązującym u Udzielającego Zamówienie.
- Świadczenia zdrowotne objęte konkursem wykonywać będzie w siedzibie Udzielającego Zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego Zamówienia.
- Prowadzi Indywidualną Praktykę zarejestrowaną w rejestrze indywidualnych praktyk zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.
- Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
- Zgodnie z jego wiedzą nie zostało wszczęte ani nie toczy się przeciwko niemu w krajach Unii Europejskiej oraz państwach trzecich postępowanie o pozbawienie prawa do wykonywania zawodu ani nie został on w żadnym kraju Unii Europejskiej oraz państwach trzecich pozbawiony prawa do wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu lub ostateczną decyzją właściwych organów.
- Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości …….. zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 866) i/lub Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 293, poz. 1728). Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość …… na dzień podpisania umowy.

……..
Podpis Oferenta