

**Załącznik nr 1** do „Szczegółowych warunków konkursu ofert” na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi”

Łódź, dnia .....

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2**

**Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

ul. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź

## **OFERTA**

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy na okres 3 lat w rodzaju: medyczne usługi szpitalne - CPV 85111200-2, usługi urologiczne- CPV 85121292-6, CPV 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne w zakresie:

**opieki lekarskiej z zakresu urologii**

**Pakiet 1: opieki lekarskiej w Pododdziale Urologii w dni powszednie w godz. 8.00-15.35**

**w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej**

**Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 2 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 .....

Adres indywidualnej praktyki lekarskiej .....

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

.....

Telefon .....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy na okres 3 lat w rodzaju: medyczne usługi szpitalne - CPV 85111200-2, usługi urologiczne- CPV 85121292-6, CPV 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne w zakresie:

**opieki lekarskiej z zakresu urologii**

**Pakiet 1: opieki lekarskiej w Pododdziale Urologii w dni powszednie w godz. 8.00-15.35**

**w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej**

**Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej**

**Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

- **Oferent proponuje następujące warunki wynagrodzenia (wskaźnik „C”, wartość 40%):**

**Pakiet 1:**

- **Stawka .....zł brutto(słownie: .....)**  
**za 1 godzinę udzielania świadczeń w dni powszednie w godz. 8.00-15.35**

\* z zastrzeżeniem, że Udzielający Zamówienia może podnieść stawkę za nadwykonania w pakiecie onkologicznym

W przypadku wypracowania przez lekarzy udzielających świadczeń w Pododdziale Urologii nadwyżki ponad wartość 280.000 pkt miesięcznie w zakresie umowy dot. pakietu onkologicznego urologii do podziału dla lekarzy udzielających świadczeń w tym zakresie zostanie przeznaczona kwota 15% wypracowanej nadwyżki, o której mowa powyżej, do proporcjonalnego podziału przez Kierownika pomiędzy lekarzy udzielających świadczeń (w zależności od stopnia zaangażowania w realizację pakietu onkologicznego).

- Kryterium „Kwalifikacje zawodowe”: (wskaźnik „KZ”, wartość 60%)

Liczba punktów w tym kryterium dla poszczególnych ofert zostanie wyliczona według następującej skali:

Kwalifikacje	Punkty**		
	1-15	16-30	>30
<b>Liczba zabiegów:*</b>			
Umiejętność wykonywania laparoskopowych zabiegów onkologicznych w urologii (nefrektomia, nefroureterektomia, prostatektomia, cystektomia z nadpęcherzowym odprowadzeniem moczu) - jako operator	10	15	20
Umiejętność wykonywania laparoskopowych zabiegów onkologicznych w urologii (nefrektomia, nefroureterektomia, prostatektomia, cystektomia z nadpęcherzowym odprowadzeniem moczu) - jako asysta	5	8	10
<b>Liczba zabiegów:*</b>	<b>50-100</b>	<b>101-150</b>	<b>&gt;150</b>
Umiejętność wykonywania zabiegów endoskopowych (URSL, TURP, TURBT, uretrotomia, ureterorenoskopia, biopsja pęcherza moczowego, podanie toksyny botulinowej w ścianę pęcherza moczowego, RIRS, PCNL)	5	8	10
<b>Liczba przyjętych pacjentów (ilość wykonanych wypisów):*</b>	<b>&lt; 350</b>	<b>350-550</b>	<b>&gt;550</b>
Udzielanie świadczeń w Klinice/Oddziale – ilość prowadzonych pacjentów	10	15	20

\*w celu wyliczenia odpowiednich wartości należy uwzględnić okres od 01.01.2025 do 30.06.2025

\*\* należy zakreślić właściwe ilości punktów odpowiadające spełnianym kryteriom

W sytuacjach budzących wątpliwości Udzielający Zamówienie może żądać przedstawienia poświadczenia liczby wykonanych zabiegów przez bezpośredniego przełożonego (Kierownika Kliniki/Oddziału) lub przedstawienia kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzającej określoną ilość wykonanych zabiegów.

Złożenie oferty zawierającej nieprawdziwe informacje powoduje jej odrzucenie.

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 Zamówienia.

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 Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 866). Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość ..... na dzień podpisania umowy.

Został poinformowany o obowiązkach wynikających z art. 21 i nast. Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2023 r., poz. 1304 z późn. zm.).

**Podpis Oferenta:**

.....

**Załącznik Nr 1** do formularza ofertowego

ZAŁĄCZNIKI – odpowiednio dla OFERENTA\*\*:

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

1. Prawo wykonywania zawodu,
2. Dyplom .....
3. Kopie dokumentów dotyczących specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych,
4. Kopie dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje, inne posiadane dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności, wymaganego stażu pracy
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:**

.....