**Załącznik nr 1 do SWKO**

**Załącznik nr 1 do Umowy**

**……………………., dnia…………..2021 r.**

 **Formularz ofertowo – cenowy**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych dla Szpitali Pomorskich Sp. z o.o. obejmujących zakresem obszar Miasta Gdyni zgodnie z obowiązującą umową z NFZ \* (dzielnice: Babie Doły, Chylonia, Cisowa, Obłuże, Oksywie, Pogórze, Kosakowo – powiat pucki)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p** | **Zakres świadczenia:** | **Proponowane wynagrodzenie brutto w ramach ryczałtu**  |
| **1** | **Świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia w ramach POZ w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej -ryczałt miesięczny** |  |
| **2** | **Świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza na rzecz pacjentów z krajów UE lub EOG (Islandia, Lichtenstein, Norwegia) legitymującego się kartą EKUZ****w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej - ryczałt od pacjenta** |  |
| **3** | **Świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę na rzecz pacjentów z krajów UE lub EOG (Islandia, Lichtenstein, Norwegia) legitymującego się kartą EKUZ****w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej - ryczałt od pacjenta** |  |

\*obszar obowiązywania może ulec modyfikacji w momencie zmiany umowy z NFZ

**Cena świadczenia obejmuje poradę lekarską, świadczenie pielęgniarskie: udzielane doraźnie, w warunkach ambulatoryjnych, zapewnienie potencjału technicznego i lokalowego niezbędnego do realizacji świadczenia.**

**Udzielający Zamówienia wymaga zapewnienia dostępności świadczeń od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 dnia danego do godziny 8.00 dnia następnego.**

Udzielający Zamówienia szacuje, że liczba świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom legitymującym się kartą EKUZ wynosi: 5 w skali miesiąca dla poz. 2
i 1 w skali miesiąca dla poz. 3.
Sposób wyboru oferty: suma ryczałtu z poz.1 i iloczynu ryczałtu liczonego od pacjenta z poz. 2 oraz poz.3 i ilości założonych porad w skali miesiąca

 **………………………………………..**

 **(data i podpis Oferenta)**

 **Załącznik nr 2 do SWKO**

**Gdynia, dnia…………..2021 r.**

**FORMULARZ OFERTOWY- OŚWIADCZENIE OFERTOWE**

**Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych** **w zakresie *wykonywania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej***

**Nr konkursu ofert: 2/UiK/2021**

**NAZWA OFERENTA: …………………………....................................................................**

**ADRES: .…………………………........................................................................................**

**NR KSIĘGI REJESTROWEJ: .………………………….................................................................**

**REGON: …………………………… NIP: ………………………............**

**Nr telefonu: ………………… Nr fax.: ……………...…………… E-MAIL: ……………...……………**

udzielanie świadczeń zdrowotnych **w zakresie *wykonywania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej*** na rzecz Szpitali Pomorskich Sp. z o.o.
w lokalizacji w Gdyni zwanego dalej “Udzielającym Zamówienia”od 01.07.2021 r. do 30.06.2025 r.

1. Ofertę składam na udzielanie świadczeń zdrowotnych na terenie

*………………………………………………………………………………………………………………………………..*./*proszę o wskazanie dokładnego adresu/.*

1. **Składający ofertę oświadcza, że:**
	1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, w zakresie którego składa niniejszą ofertę,
	2. zapoznał się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert wraz z załącznikami i nie wnosi w tym zakresie żadnych zastrzeżeń,
	3. nie wnosi żadnych zastrzeżeń do załączonych wzorów umów i zobowiązuje się do ich podpisania na warunkach określonych w tych wzorach w miejscu i terminie określonym przez Udzielającego Zamówienia, zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik nr 5 do SWKO,
	4. Strony ustalają, że w trakcie obowiązywania umowy ceny świadczeń zdrowotnych nie mogą ulec zmianie, za wyjątkiem:

- zaistnienia zmiany ustawowej stawki podatku VAT,

- zmiany ceny na skutek renegocjacji pomiędzy Stronami, w sytuacji zaistnienia zmian w wysokości lub sposobie finansowania świadczeń przez NFZ lub innego odpowiedniego płatnika bądź wystąpienia istotnego wzrostu cen lub innych czynników kosztotwórczych mających wpływ na realizację przedmiotu umowy, z uwzględnieniem możliwości finansowych Udzielającego Zamówienia oraz słusznego interesu obu Stron, po udokumentowaniu przesłanek zasadności zmiany

* 1. jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem konkursu, na który jest składana oferta, zgodnie z ustawą z dnia 15

 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz.U. z 2021 r. poz. 711 ze zm.) i pozostałych przepisach,

* 1. posiada uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi,
	2. posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu konkursu,
	3. dysponuje osobami uprawnionymi do wykonania niniejszego zamówienia, tj. co najmniej 1 lekarzem posiadającym prawo wykonywania zawodu i co najmniej 1 pielęgniarka posiadającą prawo wykonywania zawodu
	4. dysponuje potencjałem technicznym, lokalowym niezbędnym do realizacji świadczenia, a wskazanym jako wymagania graniczne dla udzielania świadczeń zgodnym z załącznikiem nr 4
	5. posiada aktualną polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych z zakresu przedmiotu postępowania / przedłoży umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także zobowiązanie w formie oświadczenie, stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy\*
	6. posiada dostęp do Portalu Potencjału udostępniony przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Gdańsku umożliwiający uzupełnianie danych związanych z przedmiotem konkursu/bądź zobowiązuje się wypełnić i przesłać do POW NFZ w Gdańsku wniosek o założenie konta, w terminie do 7 dni od daty zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem \*.
	7. udostępni Udzielającemu Zamówienia łącze internetowe z publicznym adresem IP/v4 o przepustowości symetrycznej minimum 5 mbps. Łącze to wykorzystywane będzie przy użyciu tunelu VPN - dla systemów teleinformatycznych Udzielającego Zamówienia.  Łącze powinno być zakończone kablowo na gnieździe ETH.  Łącze nie może mieć ograniczenia transferu danych. Infrastrukturę IT zapewnia Udzielający Zamówienia.

*\*niewłaściwe skreślić*

Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym na dzień składania oferty, stanem prawnym i faktycznym.

**Jednocześnie stwierdzam, że jestem świadomy odpowiedzialno**ś**ci karnej związanej ze składaniem fałszywych oświadczeń.**

 ………………………………………..

 (data i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 3 do SWKO**

 **Załącznik nr 2 do Umowy**

**…………….., dnia…………..2021 r.**

**Wykaz – liczba i kwalifikacje zawodowe osób**

**udzielających świadczeń zdrowotnych objętych ofertą**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **PESEL** | **Numer PWZ** | **Kwalifikacje****zawodowe poszczególnych osób** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Osoba wyznaczona do bezpośrednich kontaktów z Udzielającym Zamówienia:**

**................................................................................................., tel. ................**

Wszelkie zmiany dotyczące powyższego wykazu winny być bezwzględnie aktualizowane i zgłaszane drogą mailową na adres: kontraktowanie@szpitalepomorskie.eu

 ………………………………………..

 (data i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 4 do SWKO**

 **Załącznik nr 3 do Umowy**

**………………, dnia…………..2021 r.**

**WYKAZ GRANICZNEGO POTENCJAŁU** **TECHNICZNEGO, LOKALOWEGO NIEZBĘDNEGO DO REALIZACJI**

**ŚWIADCZEŃ DLA OBSZARU Miasta Gdyni** **zgodnie z obowiązującą umową z NFZ \***

 **(dzielnice: Babie Doły, Chylonia, Cisowa, Obłuże, Oksywie, Pogórze, Kosakowo – powiat pucki)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa** | **Wartość wymagana przez Udzielającego Zamówienia** | **Posiadanie potencjału przez Przyjmującego Zamówienie /prosimy o wpisanie TAK lub NIE/** |
| **A** | **B** | **C** | **D** |
|  | Aparat EKG | Tak |   |
|  | Podstawowy zestaw reanimacyjny | Tak |   |
|  | Telefon komórkowy lub inne urządzenie pozwalające na kontakt z Przyjmującym Zamówienie - 2 sztuki (po jednym dla lekarza i pielęgniarki) | Tak |   |
|  | Zestaw przeciwwstrząsowy zawierający produkty lecznicze określone wydanych na podstawie art. 68 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 - Prawo farmaceutyczne | Tak |   |
|  | Aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych | Tak |   |
|  | Stetoskop | Tak |   |
|  | Glukometr i testy do oznaczania poziomu cukru we krwi | Tak |   |
|  | Otoskop | Tak |   |
|  | Zestaw do wykonywania iniekcji | Tak |   |
|  | Zestaw do wykonywania opatrunków i podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych | Tak |   |
|  | Pakiety odkażające i dezynfekcyjne | Tak |   |
|  | Środki ochrony osobistej(fartuchy, maseczki, rękawice) | Tak |   |
|  | Termometry | Tak |   |
|  | Maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego | Tak |   |
|  | Gabinet lekarski | Tak |   |
|  | Gabinet zabiegowy | Tak |   |
|  | Pomieszczenie do przechowywania dokumentacji medycznej oraz leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych | Tak |   |
|  | Pomieszczenia sanitarne | Tak |   |
|  | Poczekalnia dla Świadczeniobiorców | Tak |   |
|  | Telefon stacjonarny | Tak |   |
|  | Stolik zabiegowy | Tak |   |
|  | Szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych | Tak |   |
|  | Lodówka przeznaczona do przechowywania leków | Tak |   |
|  | Kozetka | Tak |   |

\*obszar obowiązywania może ulec modyfikacji w momencie zmiany umowy z NFZ

**UWAGA! Wykonawca w odpowiednich wierszach w kolumnie D zobowiązany jest:**

**wpisać - TAK lub NIE**

**Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów powoduje odrzucenie oferty.**

 …………………..

 (data i podpis Oferenta)