**Załącznik nr 1 do SWKO**

Załącznik nr 1 do Umowy

**FORMULARZ OFERTY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania pozytonowej   
tomografii emisyjnej (PET)** **wraz** **z opisem badań w ramach tzw. pakietu onkologicznego**

**Nr konkursu ofert: 2/UiK/2023**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA OFERENTA** |  |
| **ADRES WRAZ Z KODEM POCZTOWYM** |  |
| **NUMER TELEFONU** |  |
| **ADRES E-MAIL** |  |
| **IMIĘ I NAZWISKO OSOBY LUB OSÓB UPRAWNIONYCH DO REPREZENTOWANIA OFERENTA** |  |
| **REGON** |  |
| **NIP** |  |
| **NR WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ** |  |
| **NUMER WPISU DO KRS**  **(O ILE DOTYCZY)** |  |
| **NAZWA BANKU I NUMER KONTA BANKOWEGO OFERENTA** |  |

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OBJĘTYCH POSTĘPOWANIEM KONKURSOWYM**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania pozytonowej tomografii emisyjnej (PET)   
wraz z opisem badań w ramach tzw. pakietu onkologicznego – według wykazu badań wskazanych poniżej na okres począwszy od 01.01.2024 r. do 31.12.2026 r.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Świadczenia gwarantowanego** | **Cena brutto** | **Szacunkowa liczba badań w okresie 3 lat \*** | **Wartość brutto** |
| PET w ramach diagnostyki pogłębionej DILO z zastosowaniem radiofarmaceutyków grupy I (18F-FDG, 18F-NaF) |  | 185 |  |
| PET w ramach diagnostyki pogłębionej DILO z zastosowaniem  radiofarmaceutyków grupy II (18F-cholina) |  | 365 |  |
| **RAZEM (wartość Oferty):** | | |  |

*\*Faktyczna liczba wykonywanych badań będzie uzależniona wyłącznie od potrzeb pacjentów Udzielającego zamówienia i może ulec zmniejszeniu lub zwiększeniu.*

Przyjmujący zamówienie udostępnia zaszyfrowany opis badania w formie elektronicznej na adres: [dilo@szpitalepomorskie.eu](mailto:dilo@szpitalepomorskie.eu) Jednocześnie wynik badania w formie papierowej i na nośniku elektronicznym Przyjmujący zamówienie wysyła na własny koszt do Udzielającego zamówienia   
z dopiskiem „Koordynatorzy DILO-PET”.

* Czas oczekiwania na wykonanie badania PET z opisem i udostępnienie wyniku w ramach diagnostyki pogłębionej DILO z zastosowaniem radiofarmaceutyków grupy I (18F-FDG,18F-NaF), nie może być dłuższy aniżeli 10 dni od zgłoszenia zapotrzebowania (przez pacjenta lub przez koordynatora Udzielającego zamówienia) na wykonanie takiego badania\*:

⬜ 10 dni

⬜ 9 dni

⬜ 8 dni

⬜ 7 i poniżej ………………. (wpisać liczbę dni)

*\* wstawić X w odpowiednie pole*

*Czas wykonania badania PET w ramach diagnostyki pogłębionej DILO z zastosowaniem radiofarmaceutyków grupy II (18F-cholina) z opisem i udostępnieniem wyniku, strony będą ustalać na bieżąco, przy czym terminy świadczeń diagnostyki onkologicznej regulowane są odpowiednimi przepisami prawa i terminy oferowane przez Przyjmującego zamówienie nie mogą przekraczać tych terminów.*

* Miejsce udzielania świadczeń: ……………………………………………………………………………………………………….
* Numer telefonu kontaktowego do Pracowni: ……………………………………………………………………..…………
* Wykaz dni i godzin pracy pracowni (minimum 5 dni w tygodniu, 7 godzin dziennie):

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

* Rodzaj aparatu, na którym będą wykonywane badania pozytonowej tomografii emisyjnej (PET):

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

………………………………………..

(data i podpis Oferenta)

Załącznik nr 2 do SWKO

**OŚWIADCZENIA OFERENTA**

**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 załączonego wzoru umowy wraz z załącznikami oraz zobowiązuje się do podpisania na warunkach określonych w tym wzorze w miejscu i terminie określonym przez Udzielającego zamówienia, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 6 do SWKO.
4. cena oferty zaproponowana w Formularzu Oferty - może ulec zmianie w okresie obowiązywania umowy, jeden raz w roku nie częściej niż co 6 miesięcy z uwagi na fakt, iż zmienią się stawki urzędowe, ustawowe stawki podatku VAT lub ceny materiału czy też odczynników mające wpływ na ceny badań lub ze względu na zmianę wycen NFZ w ramach umów.
5. jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem konkursu, na który jest składana oferta, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej   
   (j.t. Dz. U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.) i pozostałych przepisach.
6. posiada uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi.
7. posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu konkursu, tj.:
8. przez okres co najmniej roku przed dniem składania ofert w niniejszym konkursie wykonał   
   na rzecz podmiotów leczniczych minimum 100 badań z zakresu pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) i w okresie tym nie została z nim rozwiązana umowa z powodu nienależytego wykonywania usług z tego zakresu,
9. posiada aparat zapewniający wykonanie badań pozytonowej tomografii emisyjnej (PET)   
   w rodzaju i liczbie nie mniejszej niż objęta niniejszym konkursem,
10. dysponuje osobami uprawnionymi do wykonania niniejszego zamówienia, tj.: personelem uprawnionym i zdolnym do wykonywania i opisów badań zgodnie z właściwymi wymogami prawa oraz standardami NFZ, dotyczącymi osób wykonujących czynności w pracowni obrazowej.
11. oferuje realizację usług przez cały okres wskazany w umowie.
12. termin płatności za wykonane badania pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) w miesięcznym okresie rozliczeniowym wynosić będzie 30 dni.
13. 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.\*
14. zapewni wykonanie badania wraz z dokonaniem opisu przez lekarza i udostępnieniem wyniku, licząc od momentu zgłoszenia zapotrzebowania na wykonanie badania przez personel Udzielającego zamówienia niezwłocznie, nie później niż 10 dni od zgłoszenia zapotrzebowania   
    na jego wykonanie.
15. posiada dostęp do Portalu Potencjału udostępniony przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ   
    w Gdańsku umożliwiający uzupełnianie danych związanych z przedmiotem konkursu,   
    kod Świadczeniodawcy …………… / 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\*.
16. przyjmuje do wiadomości, że może ulec zmianie zakres i rodzaj badań, ze względu   
    na zapotrzebowanie Udzielającego zamówienia oraz wartość oferty brutto o 20 %. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do elastycznego reagowania na zwiększone lub zmniejszone potrzeby Udzielającego zamówienia w zakresie liczby i rodzaju wykonywanych badań.
17. zobowiązuje się do prowadzenia elektronicznej korespondencji dotyczącej postępowania konkursowego za pośrednictwem poczty email pod adresem wskazanym w Formularzu Oferty stanowiącym załącznik nr 1 do SWKO.
18. wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym na dzień składania oferty stanem prawnym   
    i faktycznym.
19. jest świadomy odpowiedzialności karnej związanej ze składaniem fałszywych oświadczeń.

***\*niewłaściwe skreślić***

………………………………………..

(data i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 3 do SWKO**

**Wykaz udzielonych świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) wraz z opisem badań na rzecz podmiotów leczniczych przez okres trwający   
co najmniej 1 rok przed upływem terminu składania ofert**

Prosimy dołączyć dokumenty (np. co najmniej 1 referencja) potwierdzające, że usługi dotyczące współpracy w zakresie wykonywania pozytonowej tomografii emisyjnej (PET),   
zostały wykonane należycie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Udzielający zamówienia**  **(podać nazwę i adres jednostki oraz wskazać, czy jest to podmiot leczniczy)** | **Nazwa i liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych** | **Miejsce wykonywania świadczeń** | **Okres wykonywania badań** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

………………………………………..

(data i podpis Oferenta)

Załącznik nr 4 do SWKO

**Załącznik nr 2 do Umowy**

**Wykaz –** liczba i kwalifikacje zawodowe osób uczestniczących w wykonywaniu umowy\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | **Numer PWZ** | **Kwalifikacje zawodowe poszczególnych osób, wskazanie zawodu medycznego (np. specjalizacja- w przypadku specjalizacji I lub II stopnia należy podać stopień specjalizacji)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*\*obejmuje lekarzy, w szczególności opisujących badanie oraz pielęgniarki uczestniczące podczas badania*

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

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

………………………………………..

(data i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 5 do SWKO**

**KLAUZULA INFORMACYJNA W KONKURSIE OFERT**

**Nr postępowania 2/UiK/2023  
(dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą)**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia   
27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

* Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest spółka Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. (zwany dalej Szpitalem) z siedzibą w Gdyni 81-519 ul. Powstania Styczniowego 1, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym Gdańsk-Północ VIII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000492201 posiadająca numer NIP 5862286770 oraz numer REGON 190141612*;*
* Szpitale Pomorskie w Gdyni Sp. z o.o. wyznaczyła Inspektora Ochrony Danych, adres email: [iod@szpitalepomorskie.eu](mailto:iod@szpitalepomorskie.eu);
* Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. ci e RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne   
  Nr postępowania 2/UiK/2023 prowadzonym w trybie konkursu ofert, do którego złożył/a Pan/Pani formularz ofertowy.
* Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat od daty zakończenia konkursu z uwagi na obowiązki prawne Administratora Danych Osobowych związane   
  z przeprowadzeniem konkursu, a następnie udokumentowaniem prawidłowości wyboru ofert konkursowych. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego (poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego), natomiast będą udostępniane innym odbiorcom, w szczególności podmiotom uprawionym do kontroli działalności spółki Szpitale Pomorskie, w tym w zakresie prawidłowości konkursów przeprowadzanych zgodnie   
  z przepisami ustawy o działalności leczniczej, podmiotom świadczącym obsługę prawną spółki Szpitale Pomorskie oraz operatorom telekomunikacyjnym świadczącym usługi teleinformatyczne na rzecz Administratora Danych Osobowych.
* Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak jeżeli nie poda Pan/Pani danych osobowych i nie wyrazi zgody, nie będziemy mogli przeprowadzić postępowania konkursowego i dokonać jego rozstrzygnięcia z Pani/Pana udziałem.
* w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
* posiada Pani/Pan:
* prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
* prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych \*;
* prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych   
  z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*;
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
* nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;

na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO.

Ja, niżej podpisana/-y oświadczam, iż przed wyrażeniem poniższych zgód zapoznałam/-em się   
z umieszczoną powyżej Klauzulą Informacyjną i niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dostarczonych przeze mnie w formularzu ofertowym i jego załącznikach, przez spółkę Szpitale Pomorskie Spółka z o.o. z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia – Administratora Danych Osobowych, w celu:

1. wykorzystania podanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w spółce Szpitale Pomorskie, na jakie złożyłem/am ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych 1.

TAK

NIE

1. używania przez spółkę Szpitale Pomorskie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem, dla celów przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w spółce Szpitale Pomorskie, w szczególności przeprowadzenia konkursu oraz prowadzenia negocjacji.

TAK

NIE

……………………………………

(data, czytelny podpis Oferenta/

upoważnionego przedstawiciela Oferenta)

1 Niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych prowadzonym przez Administratora Danych Osobowych

Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność   
ich przekazania.

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

(data, czytelny podpis Oferenta/

upoważnionego przedstawiciela Oferenta)

\* Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku otwartego konkursu ofert,

\*\* Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

**Załącznik nr 7 do SWKO**

**Dane oferenta:**

nazwa Oferenta:

adres:

**WZÓR PODPISU I PARAFY OSOBY PODPISUJĄCEJ FORMULARZ OFERTY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Czytelnie imię i nazwisko** | **Podpis** | **Parafa** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |