Załącznik nr 1 do SWKO

 Gdynia, dnia …………..….. 2024 r.

### FORMULARZ OFERTY

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań rezonansu magnetycznego z opisem badania w ramach tzw. pakietu onkologicznego**

**Nr konkursu ofert: 3/UiK/2024**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**  |  |
| **DATA I NUMER WPISU DO KRS LUB DATA WPISU DO CEIDG** |  |
| **NAZWA BANKU I NUMER KONTA BANKOWEGO OFERENTA** |  |

Załącznik nr 1A do SWKO

 Załącznik nr 1 do Umowy

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań rezonansu magnetycznego
z opisem badania w ramach tzw. pakietu onkologicznego na rzecz Szpitali Pomorskich Sp. z o.o. zwanego dalej “Udzielającym zamówienia” – według wykazu badań wskazanych poniżej na okres począwszy od 01.12.2024 r do 30.11.2026 r.

**Wykaz świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa świadczenia zdrowotnego | Cena brutto(bez kontrastu/ z kontrastem) | Liczba szacunkowa rocznie\* | Wartość brutto | Czas oczekiwania na wykonanie badania wraz z opisem | MIEJSCE / LOKALIZACJA WYKONYWANIA BADANIA(wpisać numer z poniższej listy)\*\*  |
| kol. 1 | kol. 2 | kol. 3 | kol. 4 | kol. 3 x kol. 4 | kol. 5 |
| 1 | Głowa |  | 200 |  |  |  |
| 2 | Szyja |  |
| 3 | Twarzoczaszka  |  |
| 4 | Oczodoły | 30 |  |  |
| 5 | Przysadka  |  |
| 6 | Zatoki  |  |
| 7 | MR Głowy + Angio MR  | 30 |  |  |
| 8 | Kręgosłup 1 odcinek bez i z kontrastem, w tym: | 30 |  |  |
| 9 | Szyjny  |  |
| 10 | Piersiowy  |  |
| 11 | Lędźwiowy  |  |
| 12 | Tkanki miękkie wskazanej okolicy | 20 |  |  |
| 13 | Jama brzuszna  | 610 |  |  |
| 14 | Miednica mała  |
| 15 | MRCP - drogi żółciowe |
| 16 | Kości, stawy kończyny górnej lub dolnej | 20 |  |  |
| 17 | MRI innych okolic i miejsc nieokreślonych (takie jak: Artrografia, Urografia, gruczoł krokowy) | 20 |  |  |
| **RAZEM (roczna wartość Oferty):** |  **960** |  |  |  |

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

\*\* **Miejsce / lokalizacja, w tym adres, miejsca wykonywania badań wraz z numerem telefonu kontaktowego:**

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………….

2. ……………………………………………………………………………………………………………………………….

3. ……………………………………………………………………………………………………………………………….

4. ……………………………………………………………………………………………………………………………….

*(w razie posiadania większej liczby miejsc wykonywania badań prosimy o ich wskazanie zachowując kolejność numeracji)*

**Każda z lokalizacji Oferenta musi znajdować się w maksymalnej odległości 60 km od każdej lokalizacji Udzielającego Zamówienie.**

**Wykaz dni i godzin pracy pracowni (*wstawić X w odpowiednie pole)*:**

⬜ 5 dni tygodniowo, tj. od poniedziałku do piątku (min. w godzinach 8:00 do 18:00)
 w godzinach ………………..…..…... *(proszę uzupełnić)*

⬜ szóstego dnia tygodnia, tj. sobota, w godzinach (min. 1 godz.) ………………..…..…... *(proszę uzupełnić)*

⬜ siódmego dnia tygodnia, tj. niedziela, w godzinach (min. 1 godz.) …………...……….. *(proszę uzupełnić)*

 ………………………………………..

(data i podpis Oferenta)

Załącznik nr 1B do SWKO

**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. nie wnosi żadnych zastrzeżeń do załączników do SWKO.
5. zobowiązuje się do utrzymania niezmiennej ceny za realizację świadczeń zdrowotnych przez okres trwania umowy, chyba że konieczność takich zmian wynika z okoliczności, których
nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
6. 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 2024 r. poz. 799 ze zm.) i pozostałych przepisach.
7. posiada uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi.
8. posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu konkursu, tj.:
	1. przez okres co najmniej roku przed dniem składania ofert w niniejszym konkursie wykonał
	na rzecz podmiotów leczniczych minimum 200 badań z zakresu rezonansu magnetycznego
	i w okresie tym nie została z nim rozwiązana umowa z powodu nienależytego wykonywania usług z tego zakresu,
	2. posiada środki i możliwości wykonywania badań rezonansu magnetycznego w liczbie i rodzaju
	nie mniejszym niż objęte niniejszym konkursem.
9. 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 rezonansu magnetycznego.
10. oferuje realizację usług przez cały okres wskazany w umowie.
11. termin płatności za wykonane badania rezonansu magnetycznego w miesięcznym okresie rozliczeniowym wynosić będzie 30 dni.
12. posiada aktualną polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie 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 \*
13. zapewni wykonanie badania wraz z dokonaniem opisu przez lekarza, licząc od momentu zgłoszenia zlecenia na wykonanie badania przez personel Udzielającego zamówienia niezwłocznie, nie później niż 7 dni od zgłoszenia zlecenia na jego wykonanie.
14. 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\*.
15. przyjmuje do wiadomości, że może ulec zmianie zakres i rodzaj badań, ze względu
na zapotrzebowanie Udzielającego zamówienia.
16. zobowiązuje się do prowadzenia elektronicznej korespondencji dotyczącej postępowania konkursowego za pośrednictwem poczty e:mail pod adresem wskazanym w Formularzu Oferty stanowiącym załącznik nr 1 do SWKO.
17. wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym na dzień składania oferty stanem prawnym
i faktycznym.
18. jest świadomy odpowiedzialności karnej związanej ze składaniem fałszywych oświadczeń.

***\*niewłaściwe skreślić***

 ………………………………………..

(data i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 2 do SWKO**

**Wykaz wykonanych usług z zakresu badań rezonansu magnetycznego na rzecz podmiotów leczniczych** **przez okres trwający co najmniej 1 rok**

Prosimy dołączyć dokumenty (np. co najmniej 1 referencja) potwierdzające, że usługi dotyczące współpracy w zakresie objętym przedmiotem niniejszego konkursu, 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 3 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 (np. specjalizacja- w przypadku specjalizacji I lub II stopnia należy podać stopień specjalizacji)** | **Staż pracy** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*\*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 4 do SWKO**

**Załącznik nr 3 do Umowy**

**Wykaz sprzętu i aparatury wraz z wykazem podwykonawców**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **RODZAJ APARATU** | **ROK PRODUKCJI** | **MIEJSCE POŁOŻENIA APARATU (MIEJSCE WYKONYWANIA BADANIA)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Wykaz podwykonawców (nazwa, adres) ze wskazaniem badań zlecanych tym podwykonawcom:**

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

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

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

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

 ………………………………………..

 (data i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 5 do SWKO**

**KLAUZULA INFORMACYJNA W KONKURSIE OFERT**

**Nr postępowania 3/UiK/2024)**

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;
* 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 Nr postępowania 3/UiK/2024 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 ofert z uwagi na obowiązki prawne Administratora Danych Osobowych związane
z przeprowadzeniem konkursu ofert, 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 #.

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)

# 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** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |