

OFERTA

DANE OFERENTA

Nazwa:.....

Adres siedziby:

Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu.....

Organ rejestrowy:

Osoba uprawniona do kontaktu z Udzielającym Zamówienia:.....

Pełnomocnik..... Kontakt:

NIP:..... REGON:

Nr telefonu: Nr faksu:

Adres poczty elektronicznej:

Nazwa banku i numer konta:

Imiona i nazwiska oraz funkcje osób reprezentujących Oferenta oraz upoważnionych do podpisania Umowy z Udzielającym zamówienia wraz z wzorem podpisów i paraf osób podpisujących formularze ofertowe i ofertę.

L.p	Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa
1.			
2.			

.....
data

.....
pieczęć i podpis Oferenta

I Oferuję świadczenie usług medycznych w zakresie wykonywania procedur kardiologii inwazyjnej.

Zamówienie wykonam za kwotę stanowiącą% zapłaconego wynagrodzenia przez płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia) z tytułu realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, pomniejszoną o wartość punktową, w przypadkach określonych w § 1 ust. 1 pkt 1 i pkt 2 projektu umowy, w zakresie:

E10	OZW - diagnostyka inwazyjna *
E11	OZW - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni *
E12G	OZW - leczenie inwazyjne *
E15	OZW - leczenie inwazyjne > 7 dni z pw *
E16	OZW > 69 r.ż. lub z pw
E21	Przełskórne zamknięcie nieprawidłowych połączeń wewnątrzsercowych i zewnątrzsercowych > 17 r.ż.
E23G	Angioplastyka wieńcowa z implantacją jednego stentu *
E24G	Angioplastyka wieńcowa z implantacją nie mniej niż 2 stentów lub wielonaczyniowa *
E26	Angioplastyka wieńcowa balonowa *
E27	Koronarografia i inne zabiegi inwazyjne *
E29	Angioplastyka wieńcowa balonowa (DEB)
E31	Wszczepienie/ wymiana rozrusznika jednojamowego *
E32	Wszczepienie/ wymiana rozrusznika dwujamowego *
E33	Wszczepienie/ wymiana układu z funkcją resynchronizującą serca (CRT)
E34	Wszczepienie/ wymiana kardiowertera-defibrylatora jedno-/ dwujamowego
E36	Wszczepienie/ wymiana CRT-D > 17 r.ż.
E37	Reperacja/ repozycja/ rewizja/ wymiana elektrody/ układu stymulującego/ kardiowertera-defibrylatora
E37G	Wymiana elektrod do całkowitego automatycznego systemu do kardiowersji lub defibrylacji [ICD]- jednojamowego lub dwujamowego
E59	Nagłe zatrzymanie krążenia

II DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI PROCEDUR Z ZAKRESU OZW

Grupa JGP	Nazwa	Ilość wykonanych procedur
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
E10	OZW - diagnostyka inwazyjna *	
E11	OZW - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni *	
E12G	OZW - leczenie inwazyjne złożone *	
E15	OZW - leczenie inwazyjne > 7 dni z pw *	
Razem		

III WYKAZ PERSONELU MEDYCZNEGO, KTÓRY BĘDZIE WYKONYWAĆ ŚWIADCZENIA W RAMACH UMOWY

L.p.	Imię i Nazwisko	PESEL	Liczba godzin udzielania świadczeń średnio-tygodniowo	Wykształcenie / lekarz, pielęgniarka, technik elektroradiologii / *
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

* należy dołączyć oświadczenia każdej z osób o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych do celów przeprowadzenia konkursu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 poz. 922 z zm.) oraz kserokopie dokumentacji potwierdzające kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania procedur każdej z osób (potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione):

1. lekarz:

- prawo wykonywania zawodu,
- dypłom uzyskania odpowiedniej specjalizacji,
- zaświadczenie o nabytych umiejętnościach do samodzielnego wykonywania 300 PCI i 600 koronarografii potwierdzone, przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii**,
- zaświadczenie potwierdzające zdolność do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez uprawnionego lekarza,
- zaświadczenie o odbyciu szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta - na podstawie art. 33c ust. 5 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz.U. 2021 poz. 1941),

2. pielęgniarka:

- prawo wykonywania zawodu,
- zaświadczenie potwierdzające zdolność do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez uprawnionego lekarza,
- zaświadczenie o odbyciu szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta - na podstawie art. 33c ust. 5 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz.U. 2021 poz. 1941)**,
- zaświadczenie o odbyciu 3-miesięcznego stażu i szkolenia w pracowni wykonującej ponad 1500 zabiegów rocznie**,

3. technik elektroradiologii :

- dypłom uzyskania kwalifikacji technika elektroradiologii,
- zaświadczenie potwierdzające zdolność do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez uprawnionego lekarza,
- zaświadczenie o odbyciu szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta - na podstawie art. 33c ust. 5 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. 2021 poz. 1941), zaświadczenie o odbyciu 3-miesięcznego stażu i szkolenia w pracowni wykonującej ponad 1500 zabiegów rocznie**.

**jeżeli dotyczy, zgodnie z wymogami właściwego rozporządzenia

.....
data

.....
pieczęć i podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania procedur kardiologii inwazyjnej oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z projektem umowy przygotowanym przez Udzielającego zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że uważam się za związanego z niniejszą ofertą 30 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu.
4. Oświadczam, że dysponuję personelem medycznym o odpowiednich kwalifikacjach.
5. Oświadczam, że w trakcie obowiązywania umowy personel będzie wykonywał świadczenia zdrowotne przy użyciu własnej odzieży ochronnej oraz zobowiązany będzie do noszenia identyfikatorów zawierających imię, nazwisko i pełnioną funkcję.
6. Oświadczam, że zapewnię w odpowiedniej ilości, we własnym zakresie i na własny koszt materiały medyczne, leki, środki opatrunkowe i sprzęt jednorazowego użytku niezbędne do realizacji przedmiotu umowy spełniające wymogi właściwych przepisów prawa.
7. Oświadczam, że zobowiązuję się do współpracy z lekarzami Udzielającego zamówienia w zakresie konsultowania i zapewnienia odpowiedniej opieki lekarskiej pacjentom kwalifikowanym i poddanych kardiologicznym leczeniu inwazyjnym.
8. Oświadczam, że spełnię wszystkie niezbędne wymagania określone przez Ministra Zdrowia lub Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia regulujące udzielanie świadczeń.
9. Oświadczam, że zapewnię ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń.

.....
data

.....
pieczęć i podpis Oferenta

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w przedstawionych dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury postępowania konkursowego zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U. 2016 poz. 922 z zm.).

.....
data

.....
pieczęć i podpis Oferenta