Załącznik Nr 1
do Szczegółowych Warunków Konkursu,
postępowanie konkursowe nr 109/2025/WSZ/DKP

OFERTA

I Składam ofertę na konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu elektroradiologii na rzecz pacjentów Wielospecjalistycznego Szpitala w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Szymanowskiego 11.

II DANE OFERENTA:

Imię i nazwisko .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania .....

.....

Nr tel.: .....

Adres e-mail:.....

NIP .....

REGON .....

Specjalizacja, tytuł naukowy .....

Nr prawa wykonywania zawodu .....

Nr dokumentu specjalizacji: .....

Adres prowadzenia działalności gospodarczej: .....

.....

III OKREŚLENIE WARUNKÓW LOKALOWYCH, WYPOSAŻENIA W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY ORAZ ŚRODKI TRANSPORTU I ŁĄCZNOŚCI:

1. Świadczenia zdrowotne zawarte w ofercie wykonywane będą na bazie sprzętu i pomieszczeń **Wielospecjalistycznego Szpitala w Ostrowcu Świętokrzyskim.**

IV KWALIFIKACJE I PROPONOWANE WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH:

KRYTERIUM	WAGA	**Właściwe zaznaczyć krzyżykiem**	Ocena komisji po weryfikacji oferty:
1. JAKOŚĆ (KWALIFIKACJE ZAWODOWE OFERENTA – MAKSYMANIE DO ZDOBYCIA 11 PKT)			
LEKARZ			

SPECJALISTA				
II STOPIEŃ SPECJALIZACJI	10	PKT		
I STOPIEŃ SPECJALIZACJI	9	PKT		
DODATKOWE KWALIFIKACJE POTWIERDZONE CERTYFIKATAMI	1	PKT		
2. KOMPLEKSOWOŚĆ (DODATKOWE SPECJALIZACJE – MAKSYMALNIE DO ZDOBYCIA 2 PKT)				
DODATKOWE SPECJALIZACJE	2	PKT		
BRAK DODATKOWYCH SPECJALIZACJI	0	PKT		
3. DOSTEPNOŚĆ: MINIMALNA DEKLAROWANA ILOŚĆ GODZIN W MIESIĘCZNIE (MAKSYMALNIE DO ZDOBYCIA 1 PKT)				
MIN. 150 GODZ. MIESIĘCZNIE	1	PKT		
MIEJ NIŻ 150 GODZ. MIESIĘCZNIE	0	PKT		
4. CIĄGLOŚĆ (MAKSYMALNIE DO ZDOBYCIA 1 PKT)				
WSPÓŁPRACA Z WSZ W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM	1	PKT		
BRAK WSPÓŁPRACY Z WSZ W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM	0	PKT		

5. CENA:

a) ..... zł brutto – stawka bazowa za godzinę pracy w Szpitalu,
b) ..... zł brutto za wykonanie i opis badania USG jednej okolicy anatomicznej,
c) ..... zł brutto za wykonanie i opis badania USG doppler jednej okolicy anatomicznej,
d) ..... zł brutto za wykonanie i opis badania USG doppler tętnic nerkowych,
e) ..... zł brutto za opis badania RTG jednej okolicy anatomicznej,
f) ..... zł brutto za opis badania TK jednej okolicy anatomicznej,
g) ..... zł brutto za opis badania Angio TK jednej okolicy anatomicznej,
h) ..... zł brutto za opis badania MRI jednej okolicy anatomicznej,
i) ..... zł brutto za opis badania Angio MRI jednej okolicy anatomicznej,
j) ..... zł brutto za opis MRI gruczołu krokowego z oceną PI-RADS.

(MAKSYMALNIE DO ZDOBYCIA 10 PKT) ILOŚC PUNKTÓW OBLICZONA ZOSTANIE WG WZORU:

Cena minimalna ÷ cena oferowana x maksymalna liczba punktów tj. 10 = liczba punktów przyznanych za cenę.

MAKSYMALNA ILOŚC PUNKTÓW DO ZDOBYCIA WYNOSI 25 PKT.

1. W kryterium wyboru oferty sumowane są wszystkie zdobyte punkty z 5 zakresów wyszczególnionych w powyższej tabeli.
2. Wybór oferty zostaje dokonany w oparciu o uzyskaną punktację oraz zapotrzebowanie na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych postepowaniem konkursowym mając na uwadze zachowanie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych przez Wielospecjalistyczny Szpital w Ostrowcu Świętokrzyskim.
3. Wielospecjalistyczny szpital zastrzega sobie prawo do możliwości podjęcia negocjacji z oferentami w celu ustalenia preferowanej przez szpital liczby planowanych godzin udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej/liczby udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej lub ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.
4. Udzielający zamówienie w ramach postępowania konkursowego dopuszcza możliwość złożenia oferty częściowej.

V ZAŁĄCZNIKI:

1. Kserokopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
2. Odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą/zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.*
3. Wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego.*
4. Kserokopia umowy spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej).
5. Kserokopia dyplomu lekarza.
6. Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza.
7. Kserokopia dyplomu specjalizacji/kserokopia 1 i 2 strony książeczki specjalizacyjnej.*
8. Kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje i doświadczenie.
9. Inne (wpisać jakie).....

* niepotrzebne skreślić

VI OŚWIADCZENIA:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienność cen.
2. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarza wynosi ..... lat (dla indywidualnych praktyk lekarskich).
3. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
5. Oświadczam, że zapoznałem się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu i nie wnoszę, w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
6. Oświadczam, że jestem związany ofertą przez okres 30 dni.
7. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
8. W przypadku wyboru mojej oferty i podjęciu decyzji o zawarciu umowy:

- akceptuję fakt, iż przed zawarciem umowy Wielospecjalistyczny Szpital w Ostrowcu Świętokrzyskim uzyska informację, czy moje dane są zamieszczone w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze oraz

- zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania danych niezbędnych do weryfikacji w ww. Rejestrze oraz do doręczenia (przed zawarciem umowy) dokumentów wymaganych na podstawie ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1802) oraz

- akceptuję fakt, iż podpisanie umowy i rozpoczęcie wykonywania świadczeń uzależnione jest od wypełnienia obowiązków wynikających z ww. ustawy.

VII INNE:

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienie harmonogramem.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
3. Zobowiązuję się do zawarcia i kontynuacji w okresie związania umowa z Udzielającym Zamówienia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na świadczenia zdrowotne, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

....
Data Podpis oferenta