Załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert KO/26/2024

**FORMULARZ OFERTOWY**

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

**udzielania przez lekarzy specjalistów, całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa
i ginekologii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie.**

**Dane oferenta** (nazwa i siedziba lub imię i nazwisko oraz adres) :

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

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

**Środki łączności:**

Telefon (wymagany): ………………………...............

Fax: ……………………………..................................

e-mail…………………………...........................................

**Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:**...............................................................

**Liczba i kwalifikacje zawodowe oraz imiona i nazwiska osób mających udzielać świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu:**

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

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

**Oświadczam, że osoby mające udzielać świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot Konkursu posiadają**

**…........................letnie doświadczenie w pracy w oddziale ginekologii**

**Oświadczam, że dotychczas posiadałam/em umowę z Udzielającym Zamówienia tak / nie \*)**

\*) należy zaznaczyć właściwe; w przypadku braku zaznaczenia odpowiedzi, będzie to uznane za wybór odpowiedzi „nie”

 **Proponuję następującą należność za realizację świadczeń zdrowotnych**:

1. ........... % wartości świadczenia JGP sprawozdanego do NFZ za daną procedurę medyczną sprawozdaną w ramach DiLO, jako wynagrodzenie za wykonywane w Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii procedury oraz

……… % wartości świadczenia JGP sprawozdanego do NFZ za daną procedurę medyczną poza świadczeniami sprawozdawanymi w ramach DiLO, jako wynagrodzenie za wykonywane w Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii procedury,

1. …………… zł brutto (słownie: …………………………………..) za godzinę udzielonych świadczeń zdrowotnych w formie dyżuru w Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii oraz Oddziale Położnictwa i Patologii Ciąży, a także Izbie Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej Udzielającego zamówienia w dni powszednie,
2. …………… zł brutto (słownie: …………………………………..) za godzinę udzielonych świadczeń zdrowotnych w formie dyżuru w Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii oraz Oddziale Położnictwa i Patologii Ciąży, a także Izbie Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej Udzielającego zamówienia w soboty, niedziele i dni wolne od pracy,
3. …………% wartości świadczenia sprawozdanego do NFZ za daną procedurę medyczną w przypadku udzielania świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
4. …………… zł brutto (słownie: …………………………………..) za godzinę udzielonych świadczeń zdrowotnych w formie opieki przedoperacyjnej i pooperacyjnej nad pacjentem, jak również z tytułu wykonywanych konsultacji na rzecz pacjentów USK 1, pracy administracyjnej, szkoleniowej w Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii – określonych w harmonogramie (maksymalnie 30 godzin w ciągu miesiąca),
5. …………….. zł brutto (słownie: …………………………………..) za godzinę pozostawania w dyspozycji do udzielania świadczeń zdrowotnych – „dyżur pod telefonem”,
6. ……………….% wartości procedury rozliczonej przez szpital, gdy zrealizowana procedura medyczna nie podlega rozliczeniom w ramach umowy z NFZ (np. pacjenci nie posiadający statusu świadczeniobiorcy, umowy Szpitala z podmiotami zewnętrznymi itp.) i brak jest możliwości wyznaczenia procedury rozliczeniowej zgodnie z katalogiem NFZ.
7. …………….. % wartości świadczenia w przypadku udzielania świadczeń w ramach Programów Lekowych i Chemioterapii (w przypadku ich zakontraktowania z NFZ na Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii) sprawozdanych do NFZ za pomocą produktów jednostkowych:

a) 5.08.07.0000001 hospitalizacja związana z wykonaniem programu lub

b) 5.08.07.0000003 hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu lub

c) 5.08.05.0000171 hospitalizacja onkologiczna u dorosłych lub

d) 5.08.05.0000175 hospitalizacja jednego dnia związana z podaniem leku z części A katalogu leków lub

e) 5.08.05.0000176 hospitalizacja jednego dnia w pozostałych przypadkach.

9) ………………………. % wartości świadczenia w przypadku udzielania świadczeń w ramach Programów Lekowych i Chemioterapii (w przypadku ich zakontraktowania z NFZ w Poradni Ginekologicznej z Ośrodkiem Diagnostyki Onkologicznej) sprawozdanych do NFZ za pomocą produktów jednostkowych:

f) 5.08.07.0000004 przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu lub

g) 5.08.05.0000173 podstawowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii lub

h) 5.08.05.0000172 kompleksowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii.

**Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.**

**Oświadczam, że posiadam możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych na warunkach podanych
w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i wzorze umowy.**

**Zobowiązuję się do wykonywania usług objętych przedmiotem zamówienia z należytą starannością
i wymogami aktualnej wiedzy medycznej, na warunkach podanych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz wzorze umowy, a także stosowania się do kodeksu etyki lekarskiej.**

**Zobowiązuję się do zawarcia umowy w ciągu 10 dni od daty otrzymania zawiadomienia
o zakończeniu konkursu i jego wyniku.**

 **.................................dnia....................................2024 r.**

 **pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie**

Załączniki:

1. Aktualny wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, potwierdzający uprawnienie do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ( co najmniej wydruk pierwszej strony).
2. Aktualny wydruk z CEIDG lub Krajowego Rejestru Sądowego.
3. Kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób udzielających świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu, w tym prawa wykonywania zawodu, dyplomu, oraz dokumentów potwierdzających uzyskanie specjalizacji.
4. …………………………………………………………………………………………………………………………….
5. ……………………………………………………………………………………………………………………………….