***Załącznik nr 1*** *do Materiałów Informacyjnych i Szczegółowych Warunków Konkursu*

### F O R M U L A R Z O F E R T Y

1. **dot. Postępowania Konkursowego Nr 19/2023 – obejmującego zamówienie nazlecenie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Katowicach im. sierżanta Grzegorza Załogi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych – przez lekarzy systemu w Zespołach Ratownictwa Medycznego w Katowicach,**
2. **przez okres 24 miesięcy.**
3. **Dane Oferenta:**
4. Pełna nazwa Oferenta

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

…………………………………………………….………..…………

Regon ............................ NIP .............................. Nr wpisu we właściwym rejestrze ……………....……

PESEL ……………………………

1. Adres Oferenta:

ul. ......................................... nr ..…… kod pocztowy ................... miejscowość .....................................

3. Adres zamieszkania Oferenta (osoby fizycznej):

ul. ......................................... nr ..…… kod pocztowy ................... miejscowość .....................................

4. Dane kontaktowe:

tel. ............................................... fax ............................................... mail: ………….……….……………

***UWAGA: wszystkie informacje dotyczące postępowania są przesyłane na podany mail***

5. Kwalifikacje zawodowe:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Oferowany czas trwania umowy to ……..… miesięcy, preferowany to 24 miesiące.**
2. **Oferuję termin płatności 21 dni, od dnia otrzymania faktury VAT (rachunku).**
3. **Oferuję sposób realizacji przedmiotu umowy zgodnie z wymaganiami NFZ i potrzebami Szpitala.**

1. **Oferuję dodatkowo ponad wymagany standard:**

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

* *Przedmiot zamówienia będzie realizowany zgodnie z bieżącymi uzgodnieniami poczynionymi z Lekarzem Naczelny zgodnie z wymaganiami Udzielającego Zamówienie i Narodowego Funduszu Zdrowia.*
* *Sposób udzielania świadczeń ma być kompatybilny ze sposobem udzielania świadczeń zdrowotnych prze pozostały personel oddziału w sposób umożliwiający zachowanie ciągłości udzielania świadczeń.*
* *Czynności będące przedmiotem umowy będą wykonywane w dniach i godzinach określonych w harmonogramach udzielania świadczeń przyjmowanych na każdy miesiąc do dnia 10 miesiąca poprzedzającego wykonywanie świadczeń, przy użyciu sprzętu stanowiącego własność Udzielającego Zamówienie, jak również przy użyciu jego wyrobów medycznych i produktów leczniczych.*
* *Przyjmujący Zamówienie obok udzielanych świadczeń zdrowotnych określonych w szczegółowych warunkach konkursu, w ramach wiążącej go umowy będzie również brał udział konsultacjach w ramach wynagrodzenia wypłacanego w związku z realizacją umowy.*
* *Udzielanie świadczeń zdrowotnych winno być realizowane przez personel posiadający niezbędną wiedzę w zakresie objętym przedmiotem konkursu oraz zgodnie z wpisami do właściwych rejestrów.*
* *Szczegółowe warunki udzielania świadczeń oraz inne wymagania są opisane w projekcie umowy, a którego akceptacja jest warunkiem udziału w niniejszym postępowaniu.*

*............................................*

*pieczątka i podpis Oferenta*

1. **dot. Postępowania Konkursowego Nr 19/2023 – obejmującego zamówienie nazlecenie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych**
2. **i Administracji w Katowicach im. sierżanta Grzegorza Załogi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych – przez lekarzy systemu w Zespołach Ratownictwa Medycznego w Katowicach,**
3. **przez okres 24 miesięcy.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET** | **Przedmiot Zamówienia** | **Kwalifikacje wykonującego przedmiotowe świadczenia zdrowotne** | **Oferowana ilość godzin miesięcznie w okresie obowiązywania umowy** | **Oferowana cena za zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych wykonywanych zgodnie**  **z wymaganiami NFZ**  **i Zawartymi przez Udzielającego Zamówienie Umowami** |
| 1 | Udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez lekarzana zlecenie SP ZOZ MSWiA w Katowicachw zakresie Zespołów Wyjazdowych Ratownictwa Medycznego „S” i kompleksowej opieki nad pacjentami wraz z transportem chorych - od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00/7:30 – 14:35/15:05 lub 14:35/15:05 – 7:00/7:30 oraz w soboty, niedziele i święta 07:30-07:30 zgodnie z harmonogramem i potrzebami SP ZOZ MSWiA wymagania: lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii lub lekarz po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne lub lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, lub lekarz, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty |  |  | *……………………………*  *cena za 1 GODZINĘ* udzielania świadczeń zdrowotnych |
| 2 | Udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez lekarzaw na zlecenie SP ZOZ MSWiA w Katowicachw zakresie zabezpieczenia medycznego miejsc lub osób wraz z transportem chorych - od poniedziałku do piątku oraz w soboty, niedziele i święta zgodnie z harmonogramem i potrzebamiSP ZOZ MSWiA wymagania: lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii lub lekarz po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne lub lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, lub lekarz, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty |  |  | *……………………………*  *cena za 1 GODZINĘ* udzielania świadczeń zdrowotnych |

***Uwaga: W celu uniknięcia wezwania do uzupełnienia oferty oraz przedłużania tym czasu trwania postępowania konkursowego proszę wypełnić wszystkie kolumny.***

*data i podpis oferenta…………………………………………*