Załącznik nr 3
do Zasad prowadzenia konkursu ofert
w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Poznań, dnia .....

Formularz ofertowy

1. Dane Oferenta

Imię i nazwisko:

telefon:

e-mail:

pełna nazwa działalności (praktyki zawodowej):

adres działalności: (ulica, nr, kod, miejscowość)

PESEL:

NIP:

REGON:

Nr prawa wykonywania zawodu:

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

Specjalizacja (nazwa i stopień):

Tytuł naukowy:

Wskazany wyżej numer telefonu oraz adres e-mail wskazuję jako środki komunikacji przeznaczone do kontaktu się ze mną przez Komisję Konkursową w toku konkursu ofert. Oświadczenia, wezwania i informacje przekazane za pośrednictwem jednego ze wskazanych środków uznaję za skutecznie doręczone.

2. Zakres świadczeń

Składam ofertę na „udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza/lekarkę w ortopedii i traumatologii narządu ruchu w Oddziale Traumatologii, Ortopedii i Chirurgii Ręki oraz Oddziale Traumatologii, Ortopedii i Chirurgii Ręki dla Dzieci w Ortopedyczno – Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

…….....
podpis Oferenta

3. Wartość oferty – zgodnie ze wzoru umowy:

A. Wynagrodzenie, o którym mowa w § 10 ust. 1 lit. a Umowy (Oddział)

3. Na wyrażony w złotych Budżet Oddziału składać się będzie:

a) wartość określona dla wszystkich hospitalizacji, których długość nie przekroczy 1 dnia, stanowiąca ……..% z iloczynu ceny jednostki rozliczeniowej NFZ i ilości jednostek rozliczeniowych (…),

b) wartość dla świadczeń innych niż określone w pkt. 3a, stanowiąca iloczyn stawki 0,……. i sumy ilości jednostek rozliczeniowych (…)

9. Za operacje określoną w pkt.8, Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie w wysokości iloczynu stawki 0,……i sumy ilości jednostek rozliczeniowych (…)

B. Wynagrodzenie, o którym mowa w § 10 ust. 1 lit. b umowy (Dyżury)

2. Przyjmującemu Zamówienie z tytułu udzielonych świadczeń, o których mowa w pkt 1, przysługuje wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości:

a) …… zł brutto za dyżur pełniony w dni robocze (od poniedziałku do piątku),

b) ……. zł brutto za dyżur pełniony w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy.

C. Wynagrodzenie, o którym mowa w § 10 ust. 1 lit. c umowy (Poradnie)

2. Udzielający zamówienia zapłaci Przyjmującemu zamówienie wynagrodzenie brutto za świadczenia zdrowotne udzielone na rzecz pacjentów Udzielającego zamówienia, zgodnie z postanowieniami zawartymi w niniejszym załączniku i umowami zawartymi przez Udzielającego zamówienia z NFZ, stanowiące równowartość wyrażoną w złotych:

- iloczynu stawki **0,__** i sumy ilości jednostek rozliczeniowych (punktów) udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej w poradni *Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej*, wykonanych do limitów określonych w zawartych przez Udzielającego zamówienia umowach z NFZ, o których mowa w pkt.3
- iloczynu stawki **0,__** i sumy ilości jednostek rozliczeniowych (punktów) udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej w poradni *Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej*, wykonanych ponad limity określone w zawartych przez Udzielającego zamówienia umowach z NFZ, o których mowa w pkt.5
- iloczynu stawki **0,__** i sumy ilości jednostek rozliczeniowych (punktów) udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej w poradni *Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej dla Dzieci*, wykonanych do limitów określonych w zawartych przez Udzielającego zamówienia umowach z NFZ, o których mowa w pkt.3
- iloczynu stawki **0,__** i sumy ilości jednostek rozliczeniowych (punktów) udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej w poradni *Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej dla Dzieci*, wykonanych ponad limity określone w zawartych przez Udzielającego zamówienia umowach z NFZ, o których mowa w pkt.

D. Wynagrodzenie, o którym mowa w §10 ust.1 lit. d umowy (Dyżury replantacyjne - gotowość)

2. Udzielający zamówienia zapłaci Przyjmującemu zamówienie wynagrodzenie ryczałtowe w kwocie:

   a) ……..zł brutto za gotowość w ramach dyżuru replantacyjnego pełnionego od poniedziałku do piątku,

   b) ……..zł brutto za gotowość w ramach dyżuru replantacyjnego pełnionego w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy.

…….....
podpis Oferenta

Kryterium oceny ofert:

1) zadeklarowana kwota wynagrodzenia (maksymalnie 80 punktów) wyliczona zgodnie ze wzorem:

$$W = \frac{\mathbf{P}\ \text{oferowane}}{\mathbf{P}\ \text{max}} \times 80$$

gdzie:

P max – najwyższa wartość zaoferowana spośród wszystkich badanych ofert;
P oferowane – wartość oferowana badanej oferty

Wyliczane zgodnie ze wzorami:

$$\text{P oferowane} = A \times 15 + B \times 20000 + C \times 20 + D \times 10000$$

$$A = \frac{0{,}1}{a1} + \frac{0{,}8}{a2} + \frac{0{,}1}{a3}$$

$$B = \frac{0{,}5}{b1} + \frac{0{,}5}{b2}$$

$$C = \frac{0{,}33}{c1} + \frac{0{,}17}{c2} + \frac{0{,}33}{c3} + \frac{0{,}17}{c4}$$

$$D = \frac{0{,}5}{d1} + \frac{0{,}5}{d2}$$

gdzie:

a1 – stawka oferowana za świadczenia określone w pkt.3a części A załącznika nr 1 do umowy;
a2 – stawka oferowana za świadczenia określone w pkt.3b części A załącznika nr 1 do umowy
a3 – stawka oferowana za świadczenia określone w pkt.9 części A załącznika nr 1 do umowy;

b1 – stawka oferowana za dyżur pełniony w dni robocze (od poniedziałku do piątku);
b2 – stawka oferowana za dyżur pełniony w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy;
c1 – stawka oferowana za świadczeń opieki zdrowotnej w poradni *Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej*, wykonanych do limitów określonych w zawartych przez Udzielającego zamówienia umowach z NFZ, o których mowa w pkt.3 części C załącznika nr 1 do umowy;
c2 – stawka oferowana za świadczeń opieki zdrowotnej w poradni *Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej*, wykonanych do limitów określonych w zawartych przez Udzielającego zamówienia umowach z NFZ, o których mowa w pkt.5 części C załącznika nr 1 do umowy;
c3 – stawka oferowana za świadczeń opieki zdrowotnej w poradni *Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej dla Dzieci*, wykonanych do limitów określonych w zawartych przez Udzielającego zamówienia umowach z NFZ, o których mowa w pkt.3 części C załącznika nr 1 do umowy;
c4 – stawka oferowana za świadczeń opieki zdrowotnej w poradni *Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej dla Dzieci*, wykonanych do limitów określonych w zawartych przez Udzielającego zamówienia umowach z NFZ, o których mowa w pkt.5 części C załącznika nr 1 do umowy;
d1 – stawka oferowana za gotowość w ramach dyżuru replantacyjnego pełnionego w dni robocze (od poniedziałku do piątku);
d2 – stawka oferowana za gotowość w ramach dyżuru replantacyjnego pełnionego w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy;

2) doświadczenie oraz umiejętności praktyczne w zakresie leczenia zachowawczego i operacyjnego schorzeń narządu ruchu w obrębie kończyny górnej (maksymalnie 20 punktów)

4. Doświadczenie zawodowe oraz dodatkowe uprawnienia, umiejętności, kwalifikacje, posiadane tytułu lub stopnie naukowe

.....

.....

……

…….....
podpis Oferenta

5. Oświadczenia:

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Ogłoszenia, wzorem Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i akceptuję zawarte w nich postanowienia, nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

…….....
podpis Oferenta

Oświadczam, że posiadam uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełniam określone prawem warunki ich realizacji.

…….....
podpis Oferenta

Oświadczam, że jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami wynikającymi z treści powszechnie obowiązujących przepisów prawnych.

…….....
podpis Oferenta

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem Umowy oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

…….....
podpis Oferenta

Oświadczam, że świadczenia wykonywane będą w Ortopedyczno - Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w jego posiadaniu.

…….....
podpis Oferenta

Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią Umowy, przez cały okres jej realizacji.

…….....
podpis Oferenta

Załączniki do oferty:

1. Kopia dokumentów potwierdzających uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową (dyplom, potwierdzenie uzyskania specjalizacji, prawo wykonywania zawodu),
2. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do realizacji umowy,
3. Kopia umowy ubezpieczenia OC,
4. Opis przebiegu pracy zawodowej potwierdzający niezbędną wiedzę i doświadczenie w zakresie oferowanych usług,
5. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego.