

FORMULARZ OFERTOWY

PAKIET 1

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w czasie podstawowej ordynacji Oddziału i w godzinach dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem lub w godzinach dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem w następujących Oddziałach Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku – Białej:

- 1) Oddział Neurochirurgiczny,
- 2) Oddział Nefrologii ze Stacją Dializ,
- 3) Oddział Gastroenterologiczny i Chorób Wewnętrznych z Pracownią Endoskopii,
- 4) Oddział Laryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pracownią Audiologiczną i Pracownią Endoskopii,
- 5) Oddział Kardiologiczny ze Stanowiskami Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego,
- 6) Oddział Neurologiczny,
- 7) Oddział Patologii Noworodka i Niemowląt,
- 8) Oddział Noworodkowy,
- 9) Oddział Chorób Wewnętrznych,
- 10) Oddział Hematologii,
- 11) Oddział Chorób Wewnętrznych i Diabetologii,
- 12) Szpitalny Oddział Ratunkowy.

PAKIET 2

udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny pracy – obowiązki lekarza zakładowego.

PAKIET 3

udzielanie przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Otolaryngologicznej Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku – Białej

PAKIET 4

udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Patomorfologii w zakresie: diagnostyki patomorfologicznej preparatów:

- wykonywanie biopsji cienkoigłowej – podanie ceny za jedną zmianę ogniskową
- ocena mikroskopowa biopsji cienkoigłowej – cena za jedną zmianę,
- wykonanie i ocena badania śródoperacyjnego,
- diagnozowania preparatów histopatologicznych – cena za jeden preparat / bloczek
- ocena cytologii ginekologicznej,
- pobranie wycinków z materiału tkankowego – cena za 1 wycinek

PAKIET 5

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji w zakresie:

- 1) pielęgniarka/pielęgniarski,
- 2) położna.

*** podkreślić pozycję, której dotyczy składana oferta**

W przypadku zainteresowania więcej niż jednym postępowaniem do każdego postępowania należy złożyć odrębny formularz ofertowy.

OFERENT

Imię i nazwisko/Nazwa oferenta.....

PESEL:

Adres miejsca wykonywania działalności:

.....

Nr księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

prowadzonym przez

wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej

Nr telefonu oraz adres e-mail.....

NIP:

REGON:

1. Kwalifikacje zawodowe - dokumenty w załączeniu do oferty.

2. Propozycja:

PAKIET 1

1) zł za godzinę w czasie podstawowej ordynacji Oddziału
i w godzinach dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

..... zł za godzinę dyżuru medycznego pod telefonem

lub

..... zł za godzinę dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

..... zł za godzinę dyżuru medycznego pod telefonem

..... **miesięczna ilość godzin dostępności / dyspozycyjności**

2) zł za godzinę w czasie podstawowej ordynacji Oddziału
i w godzinach dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

lub

..... zł za godzinę dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

..... **miesięczna ilość godzin dostępności / dyspozycyjności**

3) zł za godzinę w czasie podstawowej ordynacji Oddziału
i w godzinach dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

lub

..... zł za godzinę dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

..... **miesięczna ilość godzin dostępności / dyspozycyjności**

4) zł za godzinę w czasie podstawowej ordynacji Oddziału
i w godzinach dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

lub

..... zł za godzinę dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

..... **miesięczna ilość godzin dostępności / dyspozycyjności**

5) zł za godzinę w czasie podstawowej ordynacji Oddziału
i w godzinach dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

lub

..... zł za godzinę dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

..... **miesięczna ilość godzin dostępności / dyspozycyjności**

6) zł za godzinę w czasie podstawowej ordynacji Oddziału
i w godzinach dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

lub

..... zł za godzinę dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

..... **miesięczna ilość godzin dostępności / dyspozycyjności**

7) zł za godzinę w czasie podstawowej ordynacji Oddziału
i w godzinach dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

lub

..... zł za godzinę dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

..... **miesięczna ilość godzin dostępności / dyspozycyjności**

8) zł za godzinę w czasie podstawowej ordynacji Oddziału i w godzinach dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

lub

..... zł za godzinę dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

..... **miesięczna ilość godzin dostępności / dyspozycyjności**

9) zł za godzinę w czasie podstawowej ordynacji Oddziału i w godzinach dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

lub

..... zł za godzinę dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

..... **miesięczna ilość godzin dostępności / dyspozycyjności**

10) zł za godzinę w czasie podstawowej ordynacji Oddziału i w godzinach dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

lub

..... zł za godzinę dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

..... **miesięczna ilość godzin dostępności / dyspozycyjności**

11) zł za godzinę w czasie podstawowej ordynacji Oddziału i w godzinach dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

lub

..... zł za godzinę dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem

..... **miesięczna ilość godzin dostępności / dyspozycyjności**

12) zł za godzinę w czasie podstawowej ordynacji Oddziału i w godzinach dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem z lekarzem towarzyszącym

..... zł za godzinę w czasie podstawowej ordynacji Oddziału i w godzinach dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem bez lekarza towarzyszącego

lub

..... zł za godzinę dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem z lekarzem towarzyszącym

..... zł za godzinę dyżuru medycznego zgodnie z harmonogramem bez lekarza towarzyszącego

..... **miesięczna ilość godzin dostępności / dyspozycyjności**

PAKIET 2

- zł za badanie profilaktyczne
- zł za badanie sanitarno-epidemiologiczne
- zł za badanie kierowców
- zł posiedzenie komisji bhp

PAKIET 3

- % wartości punktowej porady

Sposób Rozliczania Świadczeń

(ilość punktów zakontraktowanych w limicie miesięcznym) x (.....% wartości punktowej porady) = (iloczyn) – (kwota będąca sumą zleconych badań diagnostycznych i transportu wg cennika wewnętrznego) = (wyliczona wartość stanowiąca kwotę do wypłaty)

Sposób Rozliczania Świadczeń Zabiegowych

(ilość punktów zakontraktowanych w limicie miesięcznym) x (cena za pkt z NFZ dotycząca konkretnej poradni) = (iloczyn) x (.....% wartości punktowej porady) – (5% ryczałtowych kosztów materiałowych) = (różnica) – (kwota będąca sumą zleconego transportu wg cennika wewnętrznego) = (wyliczona wartość stanowiąca kwotę do wypłaty)

Sposób Rozliczania Diagnostyki Onkologicznej

1. (wartość punktowa porady za pacjenta onkologicznego) x (cena za pkt z NFZ dotycząca konkretnej poradni) = iloczyn – (100% kosztów zleconych badań diagnostycznych wg cennika zewnętrznego) = różnica x (.....% wartości punktowej porady) = iloczyn – (kwota będąca sumą zleconego transportu wg cennika wewnętrznego) = (wyliczona wartość stanowiąca kwotę do wypłaty)
2. w przypadku gdy ten sam lekarz realizuje etap II i III diagnostyki onkologicznej otrzymuje% wartości punktowej porady natomiast w przypadku realizacji pakietu onkologicznego przez dwóch lekarzy wartość ta dzielona jest w proporcji 50/50. To samo odnosi się do kosztów, w przypadku realizacji etapu II i III pakietu onkologicznego przez jednego lekarza, ponosi on 100% kosztów natomiast, gdy pakiet onkologiczny realizowany jest przez dwóch lekarzy koszty dzielone są proporcjonalnie 50/50.
3. w przypadku braku potwierdzenia nowotworu każda porada wyceniona zostaje na 3,5 pkt bez ponoszenia kosztów.
4. rozliczenie poszczególnych porad udzielonych pacjentowi będzie rozliczane kompleksowo (zamknięcie karty DILO i skierowanie na konsylium) po uzyskaniu zapłaty z NFZ z uwzględnieniem procentu zapłaty (np. tylko 70% za wydłużony czas diagnostyki). Należy potwierdzić % zapłaty przez NFZ u Kierownika Centralnej Rejestracji oraz prawidłowość wypełnienia karty DILO u Koordynatora Pakietu Onkologicznego.
5. w przypadku braku zapłaty przez NFZ za świadczenia, porady będą weryfikowane i ustalana będzie wysokość zapłaty. Weryfikacja odbywać się będzie na poziomie Centralnej Rejestracji, która o błędnie rozliczonej poradzie będzie informować odpowiedniego lekarza.

Sposób Rozliczania Świadczeń poza pakietem onkologicznym

(ilość punktów zakontraktowanych w limicie miesięcznym) x (..... % wartości punkowej porady) = (iloczyn) – (kwota będąca sumą zleconych badań diagnostycznych i transportu wg cennika wewnętrznego) = (wyliczona wartość stanowiąca kwotę do wypłaty)”

PAKIET 4

- wykonywanie biopsji cienkoigłowej – podanie ceny za jedną zmianę ogniskową zł
- ocena mikroskopowa biopsji cienkoigłowej – cena za jedną zmianę zł
- wykonanie i ocena badania śródoperacyjnego zł
- diagnozowania preparatów histopatologicznych – cena za jeden preparat / bloczek zł
- ocena cytologii ginekologicznej zł
- pobranie wycinków z materiału tkankowego – cena za 1 wycinek zł

PAKIET 5

..... zł za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji

..... **miesięczna ilość godzin dostępności / dyspozycyjności**

4. Czas trwania umowy: **od dnia zawarcia umowy do 31.12.2019 r.**

Załączniki /wykaz niezbędnych dokumentów/:

1. (wymagane) Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia dyplomu studiów lub ukończenia szkoły
2. (jeżeli dotyczy) Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia dyplomu specjalizacji;
3. (jeżeli dotyczy) Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia prawa wykonywania zawodu;
4. (jeżeli dotyczy) Potwierdzone „za zgodność z oryginałem” rozpoczęcie specjalizacji – karta szkolenia specjalizacyjnego;
5. (wymagane) Potwierdzone „za zgodność z oryginałem” aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na określonym stanowisku (objętym konkursem)– utrzymywanie ważności przez cały okres umowy, w przypadku ofert złożonych przez lekarzy oddziałów zabiegowych dodatkowo (jeżeli dotyczy) orzeczenie lekarskie ochrona radiologiczna oraz kurs ochrona radiologiczna pacjenta.
6. (jeżeli dotyczy) Wydruk Księgi Rejestrowej.
7. (wymagane) Wydruk z CEIDG o prowadzonej działalności gospodarczej.
8. (wymagane) Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielania świadczeń, zgodnych z przedmiotem zamówienia.
9. W przypadku, gdy formularz ofertowy złożą oferenci, którzy obecnie udzielają świadczeń zdrowotnych w tut. Szpitalu na podstawie zawartych umów na dotychczasowych zasadach są zwolnieni z obowiązku składania ww. dokumentów z wyjątkiem wymienionych w punktach: 3, 4, 5, 6, 7, 8.

.....
(data, podpis i pieczęć oferenta)

Oświadczam, że zapoznałem/(am) się z Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert, treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO), wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....
(data, podpis i pieczęć oferenta)

Oświadczam, iż w przypadku nie złożenia w postępowaniu konkursowym kopii dokumentu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zobowiązuje się do dostarczenia takiego dokumentu do Zamawiającego zamówienie przed przystąpieniem do wykonywania przedmiotu Umowy. Zobowiązuje się także do kontynuowania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres realizacji Umowy.

.....
(data, podpis i pieczęć oferenta)