Załącznik nr 1 do Regulaminu

Załącznik nr 1 załącznik do oferty

Zabrze, dnia .......................................

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

(nazwa)

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

(adres)

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

(NIP)

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

(REGON)

……………………………………………………………….

(telefon)

**Oferta zawarcia umowy**

**o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu oraz ogłoszenia o konkursie ofert.
2. Działając jako podmiot wykonujący działalność leczniczą pod nazwą ……………………………………………………………………….….. z siedzibą w ………………........................................, posiadając wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem ............................................ przedstawiam ofertę zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie ……............………………………………………………….
3. Usługi medyczne będące przedmiotem niniejszego konkursu będą przeze mnie wykonywane wyłącznie w siedzibie ŚCCS w Zabrzu.
4. Usługi zdrowotne będę wykonywał osobiście/będzie wykonywał w moim imieniu …………………………………. posiadając następujące kwalifikacje:

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

1. Za świadczone przeze mnie usługi zdrowotne proponuję należności zgodnie   
   z PAKIETEM nr ……….…. oraz Załącznikiem do oferty.
2. Oferuję zawarcie umowy na okres od ………….….……. do ………….....…….

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

(pieczęć i podpis Oferenta)

\*Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2 do Regulaminu

Załącznik nr 2 do oferty – PAKIET 1, 2

**KONTRAKT 2025**

**Wynagrodzenie zadaniowe z zakresu Kardiologii:**

**I Zadania wykonywane w Poradni Kardiologicznej Dorosłych:**

1. **W01** Świadczenie pohospitalizacyjne
   1. Świadczenie w zakresie kardiologii **- ………..**
   2. Świadczenie w ramach sieci kardiologicznej **- ………..**
2. **W02** Świadczenie receptowe
   1. Świadczenie w zakresie kardiologii **- ………..**
   2. Świadczenie w ramach sieci kardiologicznej **- ………..**
3. **W11** Świadczenie specjalistyczne 1-go typu
   1. Świadczenie w zakresie kardiologii **- ………..**
   2. Świadczenie w ramach sieci kardiologicznej **- ………..**
4. **W12** Świadczenie specjalistyczne 2-go typu
   1. Świadczenie w zakresie kardiologii **- ………..**
   2. Świadczenie w ramach sieci kardiologicznej **- ………..**
5. **W13** Świadczenie specjalistyczne 3-go typu
   1. Świadczenie w zakresie kardiologii \* **- ………..**
   2. Świadczenie w ramach sieci kardiologicznej\* **- ………..**
6. **W14** Świadczenie specjalistyczne 4-go typu
   1. Świadczenie w zakresie kardiologii \*\* **- ………..**
   2. Świadczenie w ramach sieci kardiologicznej\*\* **- ………..**
7. **W15** Świadczenie specjalistyczne 5-go typu
   1. Świadczenie w zakresie kardiologii **- ………..**
   2. Świadczenie w ramach sieci kardiologicznej **- ………..**
8. **W17** Świadczenie specjalistyczne 7-go typu
   1. Świadczenie w zakresie kardiologii\* **- ………..**
   2. Świadczenie w ramach sieci kardiologicznej\* **- ………..**
9. **W18** Świadczenie specjalistyczne 8-go typu
   1. Świadczenie w zakresie kardiologii **- ………..**
   2. Świadczenie w ramach sieci kardiologicznej **- ………..**
10. **W19** Świadczenie specjalistyczne 9-go typu
    1. Świadczenie w zakresie kardiologii **- ………..**
    2. Świadczenie w ramach sieci kardiologicznej **- ………..**
11. **W40** Świadczenie pierwszorazowe 1-go typu
    1. Świadczenie w zakresie kardiologii – świadczenie pierwszorazowe **- ………..**
    2. Świadczenie w ramach sieci kardiologicznej **- ………..**
12. **W41** Świadczenie pierwszorazowe 2-go typu
    1. Świadczenie w zakresie kardiologii – świadczenie pierwszorazowe **- ………..**
    2. Świadczenie w ramach sieci kardiologicznej **- ………..**
13. **W42** Świadczenie pierwszorazowe 3-go typu
    1. Świadczenie w zakresie kardiologii – świadczenie pierwszorazowe\* **- ………..**
    2. Świadczenie w ramach sieci kardiologicznej\* **- ………..**
14. **W43** Świadczenie pierwszorazowe 4-go typu
    1. Świadczenie w zakresie kardiologii – świadczenie pierwszorazowe\*\* **- ………..**
    2. Świadczenie w ramach sieci kardiologicznej\*\* **- ………..**
15. **W44** Świadczenie pierwszorazowe 5-go typu
    1. Świadczenie w zakresie kardiologii – świadczenie pierwszorazowe **- ………..**
    2. Świadczenie w ramach sieci kardiologicznej **- ………..**
16. **W46** Świadczenie pierwszorazowe 7-go typu
    1. Świadczenie w zakresie kardiologii – świadczenie pierwszorazowe\* **- ………..**
    2. Świadczenie w ramach sieci kardiologicznej\* **- ………..**
17. **W47** Świadczenie pierwszorazowe 8-go typu
    1. Świadczenie w zakresie kardiologii – świadczenie pierwszorazowe **- ………..**
    2. Świadczenie w ramach sieci kardiologicznej **- ………..**
18. **W48** Świadczenie pierwszorazowe 9-go typu
    1. Świadczenie w zakresie kardiologii – świadczenie pierwszorazowe **- ………..**
    2. Świadczenie w ramach sieci kardiologicznej **- ………..**
19. KOS – porada kontrolna\* **- ………..**
20. KOS – koordynacja **- ………..**
21. KOS – bilans opieki\* **- ………..**
22. Świadczenie specjalistyczne – program lekowy **- ………..**

\* W przypadku, gdy dane świadczenie obejmuje wykonanie badania UKG przezklatkowego lub holtera wówczas stawka jest dzielona po równo między lekarza wykonującego badanie,  
a lekarza udzielającego porady. W przypadku, gdy dane świadczenie obejmuje wykonanie badania UKG przezklatkowego i holtera wówczas stawka jest dzielona w proporcji:

* 50 % dla lekarza udzielającego porady,
* 25 % dla lekarza wykonującego badanie UKG przezklatkowe,
* 25% dla lekarza wykonującego holter.

Wynagrodzenie jest rozliczane miesięcznie, należne lekarzowi sprawozdającemu świadczenie (poradę) do rozliczenia, a warunkiem wypłaty wynagrodzenia za udzielone świadczenie jest sprawozdanie przez Przyjmującego Zamówienia tego udzielonego świadczenia do rozliczenia w miesiącu, w którym udzielono tego świadczenia. Za świadczenie nie sprawozdane do rozliczenia w danym miesiącu wynagrodzenie nie przysługuje.

**II Dyżury:**

1. pełniony w Oddziale (w przypadku dyżuru ostrego) lub w Izbie Przyjęć lub w Pracowni Hemodynamiki

a) Zwykły  **- ………..**

b) Świąteczny - (soboty, niedziele, święta) **- ………..**

1. pełniony w Oddziale (w przypadku dyżuru tępego)

a) Zwykły  **- ………..**

b) Świąteczny - (soboty, niedziele, święta) **- ………..**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe** w kwocie: **………………,- zł** za wykonanie przedmiotu umowy

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

(pieczęć i podpis Oferenta)

Załącznik nr 2 do Regulaminu

Załącznik nr 2 do oferty – PAKIET 3

**KONTRAKT 2025**

**Wycena zadań z Kardiochirurgii:**

1. Udział w zespole pobierającym narząd\*:

- CHIRURG ……….. **zł**

- Asysta ……….. **zł**

*\**

*1.1. w przypadku pobrania narządu nie zakończonego przeszczepem przysługuje:*

*a) w przypadku pobrania trwającego powyżej 8h - 70% powyższej kwoty*

*b) w przypadku pobrania trwającego do 8h - 50% powyższej kwoty*

*1.2.wprzypadku jednoczasowego pobrania narządów dla dwóch biorców członkom zespołu pobierającego przysługuje 150 % stawki*

*1.3. w przypadku braku kardiologa mobilnego w zespole pobierającym serce, chirurgowi przysługuje dodatkowo 50% ze stawki* ……….. **zł**

1. Udział w zespole przeszczepiającym serce:

- CHIRURG ……….. **zł**

- I Asysta ……….. **zł**

- II Asysta ……….. **zł**

1. Udział w zespole przeszczepiającym:

a) pojedyncze płuco

- CHIRURG ……….. **zł**

- I Asysta ……….. **zł**

- II Asysta ……….. **zł**

b) oba płuca/płuco-serce:

- CHIRURG ……….. **zł**

- I Asysta ……….. **zł**

- II Asysta ……….. **zł**

c) pojedyncze płuco/oba płuca pacjentowi z mukowiscydozą:

- CHIRURG ……….. **zł**

- I Asysta ……….. **zł**

- II Asysta ……….. **zł**

* Porada specjalistyczna ……….. **zł**
* Teleporada specjalistyczna ……….. **zł**

**Dyżury:**

1. w Oddziale Kardiochirurgii, Transplantacji Serca i Płuc oraz Mechanicznego Wspomagania Krążenia (odcinek I z wyłączeniem łóżek intensywnej opieki medycznej)

* Zwykły ……….. **zł**
* Świąteczny (soboty, niedziele, święta) ……….. **zł**

1. w Oddziale Kardiochirurgii, Transplantacji Serca i Płuc oraz Mechanicznego Wspomagania Krążenia (łóżka intensywnej opieki medycznej)

* Zwykły ……….. **zł**
* Świąteczny (soboty, niedziele, święta) ……….. **zł**
* Gotowość dyżurowa (dyżur pod telefonem) – zwykły# blok/transplantacyjny …….. **zł**
* Gotowość dyżurowa (dyżur pod telefonem) – w soboty, niedziele, święta# blok/ transplantacyjny ……….. **zł**

*# jeżeli dyżur pod telefonem zostanie przerwany z powodu wezwania do siedziby Udzielającego Zamówienia celem wykonania:*

*• pilnego zabiegu wówczas Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie proporcjonalne jak za dyżur stacjonarny za czas wykonania zabiegu (na podstawie protokołu zabiegu plus 1 godzina na dojazd i przygotowanie)*

*• pobrania lub przeszczepu narządu wówczas Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie zgodnie ze stawkami określonymi w pkt 1-3*

**Miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe** w kwocie ………..….. **zł**

…………………..………………………

(podpis i pieczęć Oferenta)

Załącznik nr 2 do Regulaminu

Załącznik nr 2 do oferty – PAKIET 4

**KONTRAKT 2025**

**I Wynagrodzenie zadaniowe z zakresu Kardiologii:**

1. Udział w zespole pobierającym serce, płuco, płuco i serce jako KARDIOLOG mobilny\*

……..…….. **zł**

*\* w przypadku pobrania serca nie zakończonego przeszczepem przysługuje:*

*a) w przypadku pobrania trwającego powyżej 8h - 70% powyższej kwoty*

*b) w przypadku pobrania trwającego do 8h - 50% powyższej kwoty*

**II Dyżury:**

a) Zwykły ……..…….. **zł**

b) Świąteczny - (soboty, niedziele, święta) ……..…….. **zł**

**Miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe** w kwocie: ……..…….. **zł**

…………………..………………………

(podpis i pieczęć Oferenta)

Załącznik nr 3 do Regulaminu

*Załącznik nr 3* do oferty

**Zabrze, dnia ……………………..**

………………………………….

(Nazwisko i imię Oferenta)

***OŚWIADCZENIE OFERENTA***

***Oświadczam, że w związku ze złożoną ofertę oddaję do dyspozycji Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu równowartość ……….. etatu\* w rozumieniu wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia.***

***\* w oferowanym wymiarze godzin nie wlicza się godzin dyżurów medycznych   
w rozumieniu wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia.***

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

(pieczęć i podpis Oferenta)

Załącznik nr 4 do Regulaminu

Załącznik nr 4

***Zabrze, dnia …………………***

………………………………….

(Nazwisko i imię Oferenta)

***OŚWIADCZENIE OFERENTA***

***Oświadczam, że spełniam wymagania określone w pkt. III ust. 5 „Regulaminu konkursu ofert o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne   
udzielane przez lekarzy w dziedzinie kardiologii, kardiochirurgii*” z*godnie   
z PAKIETEM nr ……***

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

(pieczęć i podpis Oferenta)

Załącznik nr 5 do Regulaminu

Załącznik nr 5

***Zabrze, dnia …………………..***

………………………………….

(Nazwisko i imię Oferenta)

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że na dzień składania przeze mnie oferty nie uległ zmianie stan potwierdzony następującymi dokumentami (odpowiednie zaznaczyć):

* kserokopia dyplomu ukończenia studiów medycznych □
* kserokopia prawa wykonywania zawodu □
* kserokopia dyplomu specjalizacji □
* kserokopia certyfikatu z ochrony radiologicznej pacjenta (w przypadku osób narażonych na promieniowanie jonizujące) □
* zaświadczenie potwierdzające odbycie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa   
  i higieny pracy dla personelu medycznego (w przypadku stanowisk kierowniczych-dla personelu kierującego pracownikami) □
* wypis z ewidencji działalności gospodarczej lub KRS □
* dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wydruk księgi rejestrowej) w zakresie przedmiotu zamówienia □
* polisa obowiązkowego ubezpieczenia OC □
* aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zadań lekarza □

………………………………………

(podpis i pieczęć składającego oświadczenie)