

..... dnia

O F E R T A

na: udzielanie świadczeń zdrowotnych w **Narodowym Instytucie Kardiologii w Warszawie, przy ul. Alpejskiej 42 w zakresie kardiochirurgii i transplantologii**

I. DANE OFERENTA

Pełna nazwa Oferenta

.....

Adres z kodem:

tel.: e-mail: PESEL:

NIP: REGON:

Prawo wykonywania zawodu nr

Zarejestrowanym pod numerem w rejestrze podmiotów leczniczych tj.:

.....

oraz w rejestrze przedsiębiorców tj.:

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem w pkt 1).

.....

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z wymaganiami określonymi w - Opisie przedmiotu zamówienia stanowiącym **Załącznik nr 2 do Ogłoszenia** o konkursie ofert
2. Zobowiązuję się do: zapewnienia opieki lekarskiej w dziedzinie kardiochirurgii i transplantologii dla Narodowego Instytutu Kardiologii, w okresie **12 miesięcy od dnia podpisania umowy**.
3. Świadczenia będą udzielane zgodnie z harmonogramem potwierdzonym z odpowiednim Kierownikiem Kliniki/Oddziału.
4. Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu, zgodnie z wymaganiami stawianymi w ogłoszeniu oraz obowiązującymi w Polsce przepisami.
5. Udzielanie świadczeń będzie realizowane na bazie użyczonych pomieszczeń, sprzętu, aparatury, leków i zaplecza diagnostycznego Narodowego Instytutu Kardiologii.
6. Oświadczam, że wszystkie dane, jakie zawarłem/am w ofercie, są zgodne ze stanem faktycznym.
7. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tych dziedzinach.
8. Oświadczam, że: będę świadczył/a zamawiane świadczenia zdrowotne na najwyższym poziomie zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy, sztuką i etyką zawodu, obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności

9. Gwarantuję ciągłość świadczeń z wyłączeniem przypadków zawartych w umowie.
10. Oświadczam, że posiadamlat* (min. 5 lat) doświadczenia w klinice kardiologii wykonującej przeszczepy serca oraz implantację długoterminowego wspomaganie krążenia (**Lekarz kardiolog – „I operator” Zadanie nr 1**).
11. Oświadczam, że posiadamlat* (min. 5 lat) doświadczenia w zakresie wykonywania zabiegów przeszczepów serca. (**Lekarz kardiolog transplantolog - „I operator” Zadanie nr 1**).
12. Oświadczam, że posiadam lat* (min. 5 lat) doświadczenia w zakresie koordynacji przeszczepiania narządów unaczynionych oraz doświadczenia w zespole kwalifikacyjnym do transplantacji (**Koordinator dyżuru transplantacyjnego Zadanie nr 1**).
13. Oświadczam, że posiadam lat* doświadczenia w zakresie kierowania zespołem medycznym w obszarze kardiologii oraz procedur transplantacyjnych. (**Zadanie nr 2**).

* należy uzupełnić informację o doświadczeniu

III. WARTOŚĆ OFERTY

Zadanie nr 1 – Realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii i transplantologii

| Kategoria | Szacunkowa (maksymalna) liczba świadczeń (dla 12 miesięcy) | Cena jednostkowa oczekiwana brutto PLN | Wartość brutto PLN (kol. nr 2 x kol. nr 3) |
|---|---|--|--|
| 1. | 2. | 3. | 4. |
| Opieka lekarska nad pacjentem na Oddziale (za godz. w godz. 8.00-15.35) | | | |
| Opieka lekarska w ramach dyżurów (za godz.) - kardiolog | | | |
| Opieka lekarska w ramach dyżurów (za godz.) - transplantolog | | | |
| Zabieg "A" | | | |
| Zabieg "B" | | | |
| Zabieg "C" | | | |
| Zabieg "D" | | | |
| Zabieg "E" | | | |
| Zabieg "L-VAD" | | | |
| Zabieg "Transplantacja po L-VAD" | | | |
| Zabieg "Transplantacja reoperacja" | | | |
| Zabieg "Transplantacja" | | | |
| Pobranie transplantacyjne | | | |
| Porada kardiologiczna pierwszorazowa | | | |
| Porada kardiologiczna kontynuacyjna | | | |
| Porada kardiologiczna - świadczenie pohospitalizacyjne | | | |
| Gotowość w ramach dyżuru transplantologicznego (za godz.) - kardiolog | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Gotowość w ramach dyżuru transplantologicznego (za godz.) - transplantolog | | | |
| Dyżur koordynatora transplantologicznego (za godz.) | | | |
| Dodatkowe wynagrodzenie za przeprowadzoną transplantację (koordynator dyżuru transplantologicznego) | | | |
| Wartość | | | |

Łączna wartość oferty zadanie nr 1 : wynosibrutto PLN
 (słownie:.....)

Zadanie nr 2 – Realizacja dyżurów lekarskich oraz nadzoru nad świadczeniami w zakresie kardiochirurgii i transplantologii

| Kategoria | Szacunkowa (maksymalna) liczba świadczeń (dla 12 miesięcy) | Cena jednostkowa oczekiwana brutto PLN | Wartość brutto PLN (kol. nr 2 x kol. nr 3) |
|---|--|--|--|
| 1. | 2. | 3. | 4. |
| Opieka lekarska w ramach dyżurów (za godz.) - transplantolog | | | |
| Gotowość w ramach dyżuru transplantologicznego (za godz.) - transplantolog | | | |
| Sprawowanie merytorycznego nadzoru medycznego nad procesem diagnostyczno-terapeutycznym pacjentów - liczba pacjentów wypisanych w danym okresie rozliczeniowym (miesiąc) z Kliniki Kardiochirurgii i Transplantologii | | | |
| Wartość | | | |

Łączna wartość oferty zadanie nr 2: wynosibrutto PLN
 (słownie:.....)

IV. ISTOTNE WARUNKI UMOWY

- Oświadczam, że akceptuję istotne dla Udzielającego Zamówienia postanowienia zawarte we wzorze umowy i zobowiązuję się do jej zawarcia na warunkach określonym w niniejszym wzorze w przypadku wyboru mojej oferty.
- Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy, oraz dostarczenia kopii polisy Udzielającemu Zamówienia najpóźniej w dniu zawarcia umowy w przypadku wyboru mojej oferty.

V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU

- Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję treść warunków zawartych w ogłoszeniu o konkursie ofert oraz wzór umowy.

2. Termin ważności oferty wynosi 30 dni od upływu terminu do składania ofert.

VI. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

1.
2.
3.
4.
5.
6.

*podpis osoby umocowanej
do reprezentowania Oferenta*