FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa

……..

……. …….

……

2. Adres Oferenta:

ul ……..……..……..nr ……...……..……

kod pocztowy …….……..…… miejscowość …….……..……..

tel ……..…..…… fax ……..……..…….……..……

Regon ……..…… NIP…….……

Numer KRS/wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Gospodarczej. …..……

W załączeniu przedkładam:*

1. W przypadku osób fizycznych legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji:
   - kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje,
2. Wypis z CEIDG lub odpis z Krajowego Rejestru Sądowego poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zgodnie z art. 26 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej).
3. Aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawierający określenie rodzaju działalności leczniczej ”Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne”.
4. Decyzję o nadaniu Numeru u „REGON”.
5. Wykaz lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych zgodnie z załączonym wzorem wraz z kompletem dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje.
6. Zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy
7. Certyfikat COVID

Dokumenty należy złożyć w postaci kserokopii, potwierdzonych przez Oferenta za zgodność z oryginałem.

Pakiet Nr 1

Proponowane ceny brutto dla świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej

Lp.	**Rodzaj świadczenia**	Ilość pkt/badań/przyjazd w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto w PLN zł za jeden punkt rozumiany zgodnie z zasadami NFZ/badanie/ zabieg/ świadczenie
1.	Jeden punkt rozumiany zgodnie z zasadami NFZ za opisane badanie tomografii komputerowej		
2.	Jeden punkt rozumiany zgodnie z zasadami NFZ za opisane badanie rezonansu magnetycznego		
3.	Jeden opis badania mammograficznego		
4.	Jedno badanie rtg jednej okolicy (narządu) wraz z opisem (w tym badania zabiegowe)		
5.	Jeden zabieg mammograficznej biopsji stereotaktycznej		
6.	Biopsja mamotomiczna wspomagana próżnią pod kontrolą (mammografu, USG)		
7.	Jedna biopsja cienkoigłowa piersi lub zmian położonych powierzchownie (w tym węzłów chłonnych i tarczycy)		
8.	Jedna biopsja gruboigłowa pod kontrolą TK		
9	Jedna biopsja gruboigłowa pod kontrolą USG, piersi lub zmian położonych powierzchownie (w tym węzłów chłonnych pach i pachwin.		

10.	Jedno badanie USG piersi – świadczenia realizowane w ramach kontraktu z NFZ		
11.	Jedno badanie USG piersi – świadczenia dla osób nieuprawnionych do świadczeń w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia		
12.	Zakładanie kotwicy w miejscu guza piersi do zabiegu operacyjnego pod kontrolą mammografu		
13.	Zakładanie kotwicy w miejscu guza do zabiegu operacyjnego pod kontrolą mammografu lub USG		
14.	Godzinę świadczenia usług – prowadzenia badań w Pracowni Diagnostyki Obrazowej Centrum		
15.	Jeden punkt rozumiany zgodnie z zasadami NFZ za konsultację opisanego przez rezydenta badania tomografii komputerowej		
16.	Jedną konsultację opisanego przez rezydenta badania mammograficznego		
17.	Jedną konsultację opisanego przez rezydenta badania rtg jednej okolicy (narządu) wraz z opisem (w tym badania zabiegowe)		
18.	Przyjazd na wezwanie poza godzinami pracy PDO (za jeden przyjazd)		

Maksymalna wartość:.....brutto

Kontynuacja świadczeń w KCO:

Pełna ilość **lat**..... udzielania świadczeń

Pakiet Nr 2

Proponowana miesięczna cena brutto dla koordynacji procesu udzielanych świadczeń

Lp.	**Rodzaj świadczenia**	Cena brutto w PLN za jeden miesiąc
1.	Koordynacja świadczeń zdrowotnych zgodnie z poniższym zakresem	

1. W przypadku obniżenia w umowie Centrum z NFZ lub innego płatnika, ilości punktów lub ich ceny zostanie obniżona wartość umowy, poprzez proporcjonalne obniżenie ceny lub ilości punktów, zmiana zostanie wprowadzona Aneksem do umowy.
2. Wynagrodzenie wynikające z przedmiotu z umowy będzie rozliczone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w zależności od podmiotu przyjmującego zamówienie.
3. Za realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z ofertą, przyjmuje się termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania prze Katowickie Centrum Onkologii, faktury (rachunku) wraz z wykazem wykonanych świadczeń zdrowotnych.

……..
(pieczątka i podpis)

Pakiet Nr 2

Wymagania szczegółowe związane z realizacją umowy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Pracowni Diagnostyki Obrazowej Zespołu Nr 1 oraz Zespołu Nr 2

1) Zapewnienie sprawnego funkcjonowania Pracowni Diagnostyki Obrazowej w pełnym zakresie.
2) Kontrola i zapewnienie wykonywania w Pracowni badań diagnostycznych w tym:

   ustalanie najbardziej odpowiednich dla potrzeb i warunków miejscowych metod badań;

   kontrolowanie jakości wykonywania badań i ich opisów;

   nadzór merytoryczny nad jakością badań w Pracowni wychodzących z Pracowni opisów badań;

   współpraca z Zarządzającymi Oddziałami i kierownikami pracowni pomocniczych,

   czuwanie nad terminowym wydawaniem wyników badań,

   organizowanie spotkań z klinicystami w sprawie omówienia wyników badań (kominki radiologiczne).
3) Przeprowadzanie badań zleconych przez lekarza kierującego do Pracowni.
4) Domaganie się od lekarza kierującego chorego do przeprowadzenia dodatkowych badań lub zwołania narady lekarskiej.
5) Zapewnienie prawidłowego toku pracy Pracowni.
6) Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów przyjmowanych w Pracowni (w tym dla celów wypisu lub konsultacji) zgodnie z obowiązującymi przepisami.
7) nadzór nad prawidłowym przebiegiem realizacji zaopatrzenia oraz celowością zakup sprzętu, leków i materiałów medycznych oraz innych surowców i przedmiotów, a także nadzór na właściwym wykorzystaniem sprzętu i aparatury znajdującej się w Pracowni.
8) Kontrola i nadzór nad prawidłowym przetwarzaniem w Pracowni danych osobowych ze szczególną starannością przy przetwarzaniu tych danych przez personel Pracowni zgodnie z obowiązującymi przepisami Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych oraz obowiązującymi w KCO regulacjami w tym zakresie.
9) Identyfikowanie zagrożeń dla przetwarzanych informacji.
10) Przybywanie do Centrum na wezwanie Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Kontraktem Medycznym Zespołu Nr 1 oraz Zespołu Nr 2, Zarządzającego Oddziałem ilekroć tego wymaga potrzeba.
11) Udostępnianie lekarzom zatrudnionym w Centrum wykonywania w Pracowni badań do prac naukowych, jak również służenie im w tym zakresie konsultacją.
12) Organizowanie, udzielanie świadczeń, rozdzielanie świadczeń i nadzorowanie pracy w zakresie diagnostyki.
13) Odpowiedzialność za udzielane świadczenia przez osoby nieuprawnione tzn. nieposiadające podpisanych umów z Dyrektorem Centrum w postaci umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło lub zgody na pracę na podstawie oddelegowania.
14) Odpowiedzialność (za sporządzanie rozkładów zajęć) miesięcznych pokrycie harmonogramów pracy personelu dla właściwego zabezpieczenia funkcjonowania Pracowni.
15) Odpowiedzialność za powiadomienie bezpośredniego przełożonego w przypadku:

   konieczności zmiany ordynacji dot. leczenia i pielęgnowania chorych,

   pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta,

ujawnienia choroby zakaźnej,

śmierci pacjenta,

naruszenia obowiązujących przepisów przez personel lub pacjentów.

16) Nadzór na realizacją szkoleń specjalizacyjnych.