FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa

……..

……. …….

……

2. Adres Oferenta:

ul ……..……..……..nr ……...……..……

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

tel ……..…..…… fax ……..……..…….……..……

Regon ……..…… NIP…….……

Numer KRS/wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej) ……..

……

W załączeniu przedkładam*:

1. W przypadku osób fizycznych legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji:
   - kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje w tym dyplom o uzyskaniu specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,,
2. Zaświadczenie o wpisie do (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. W przypadku podmiotów leczniczych - aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
4. Decyzję o nadaniu numeru „REGON".
5. Kopię orzeczenia lekarskiego o zdolności do pracy.
6. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego – KRK

Udzielający Zamówienia przyjmuje, że minimalna liczba osób niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii to 1 osoba.
UWAGA: Odpowiedni wpis powinien wykazywać, że miejscem wykonywania działalności jest Szpital Wielospecjalistyczny

Powyższe dokumenty należy złożyć w postaci kserokopii, potwierdzonych przez Oferenta za zgodność z oryginałem

Pakiet Nr 1
Świadczenia zdrowotne w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii realizowane całodobowo w godzinach od 8.00 do 15:35 oraz w dni wolne od pracy (w tym niedziele i święta) zgodnie z potrzebami KCO i w godzinach uzgodnionych z Zarządzającym i Koordynującym Działem Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Lp.	Rodzaj świadczenia	ilość godzin w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto w zł za jedną godzinę dla lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii	Cena brutto w zł za jedną godzinę dla lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (po 2 roku specjalizacji)	Cena brutto w zł za jedną godzinę dla lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (po 1 roku specjalizacji)
1.	za godzinę udzielania świadczenia w Dziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii				

Pakiet Nr 2

Świadczenia zdrowotne w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii realizowane całodobowo w godzinach od 15:35 do 8:00 oraz w dni wolne od pracy (w tym niedziele i święta) zgodnie z potrzebami KCO i w godzinach uzgodnionych z Zarządzającym i Koordynującym Działem Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Lp.	Rodzaj świadczenia	ilość godzin w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto w zł za jedną godzinę dla lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii	Cena brutto w zł za jedną godzinę dla lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (po 2 roku specjalizacji)	Cena brutto w zł za jedną godzinę dla lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (po 1 roku specjalizacji)
1.	za godzinę udzielania świadczenia w Dziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii				

Pakiet Nr 3

Zarządzający i Koordynujący procesem udzielanych świadczeń zdrowotnych w Dziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Lp.	**Rodzaj świadczenia**	Cena brutto w PLN za jeden miesiąc
1.	Zarządzający i Koordynujący procesem udzielania świadczeń zdrowotnych w Dziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii zgodnie z zakresem.	

Pakiet Nr 4

Zastępca Zarządzającego i Koordynującego procesem udzielanych świadczeń zdrowotnych w Dziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Lp.	**Rodzaj świadczenia**	Cena brutto w PLN za jeden miesiąc
1.	Zastępca Zarządzającego i Koordynującego procesem udzielania świadczeń zdrowotnych w Dziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii zgodnie z zakresem.	

Zakres zarządzania i koordynacji

Działem Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Pakietu Nr 2 i 3

I w zakresie zarządzania:

1. Organizowanie i czuwanie nad prawidłowym funkcjonowaniem Działu Anestezjologii: 1/Zespołu Anestezjologii 2/ Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii pod względem medycznym, administracyjnym i gospodarczym, celem zabezpieczenia potrzeb anestezjologicznych pacjentów KCO".
2. Czuwanie nad prawidłowym kadrowym tokiem pracy w Dziale Anestezjologii, nadzorowanie pod względem fachowym i etycznym pracy personelu oraz dbanie o dyscyplinę pracy.
3. Zawiadamianie Pełnomocnika Dyrektora ds.

Zarządzania Kontraktem Medycznym oraz Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa o każdym wykroczeniu przeciwko ustalonym zasadom pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej oraz o nieprzestrzeganiu zasad etycznych i dyscypliny pracy.

4. Uzgadnianie zakresów obowiązków podległego personelu.

5. Opracowywanie programów sprawnego funkcjonowania Działu w zakresie kadrowym, sprzętowym, funkcjonalnym.

6. W zakresie lecznictwa ponosi Pan/Pani odpowiedzialność za:

a) Kwalifikowanie pacjentów po zapoznaniu się z historią choroby, wynikami badań do adekwatnego rodzaju znieczulenia.

b) Omawianie proponowanych metod znieczulenia do zabiegu operacyjnego (z Zarządzającym Oddziałem, lekarzem prowadzącym),

c) Przed przystąpieniem do znieczulenia sprawdzenie stanowiska znieczulenia pacjenta zgodnie z przyjętymi procedurami.

d) Przeprowadzanie i nadzorowanie całości prac związanych ze znieczuleniem do zabiegów operacyjnych.

e) Sprawowanie nadzoru nad pacjentem w okresie pooperacyjnym, do momentu przekazania na właściwy Oddział.

f) Prowadzenie procesu diagnostyczno-leczniczego pacjentów OIT.

g) Współdecydowanie w postępowaniu leczniczym w zakresie podawania krwi, środków krwiopochodnych i krwiozastępczych w czasie zabiegu.

h) Należyte prowadzenie dokumentacji lekarskiej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie procedurami.

i) Prawidłowe przechowywanie i wykorzystanie sprzętu medycznego.

j) Decydowanie w przypadkach wątpliwych o ograniczeniu rozległości zabiegu, dalszym prowadzeniu lub przerwaniu pierwotnie zamierzonej operacji.

k) Nadzorowanie i współdziałanie w postępowaniu przeciwbólowym, przeciwwstrząsowym, odżywianiu pozajelitowym itp.

l) Udział w pracach komisji i komitetach.

m) Udział w pracach komisji przetargowych.

n) Nadzór oraz bezpośredni udział w kształceniu podyplomowym

o) Konsultowanie pacjentów z oddziałów KCO.

p) Nadzorowanie postępowania przeciwbólowego i reanimacyjnego,

7. Nadzorowanie pracy lekarzy specjalizujących się w Dziale Anestezjologii, odbywających szkolenia i staże oraz zapewnienie im właściwych warunków pracy.

8. Nadzorowanie pracy lekarzy Działu Anestezjologii i czuwanie nad pogłębianiem przez nich wiedzy.

9. Współpraca z innymi Komórkami Organizacyjnymi KCO.

10. Przybywanie na wezwanie Zarządzających Oddziałami, lekarzy zatrudnionych w Dziale Anestezjologii lub Lekarza Dyżurnego, ilekroć zajdzie uzasadniona potrzeba.

11. Czuwanie nad stałym, systematycznym doszkalaniem personelu średniego.

12. Czuwanie nad zapewnieniem bezpieczeństwa chorych oraz kontrolowanie wykonania wydawanych w tym przedmiocie zarządzeń.

13. Nadzorowanie prawidłowego prowadzenia dokumentacji chorych i księgi wyposażenia i środków trwałych.

14. Nadzorowanie zaopatrzenia, przechowywania i zużycia leków i środków znieczulających KCO.

15. Prowadzenie walki z bólem w Oddziałach KCO.

16. Opracowywanie planu pracy Działu Anestezjologii.

17. Nadzorowanie zamawianych, ordynowanych i zużywanych leków, płynów, materiałów w kierowanym przez Pana Dziale.

18. Nadzór nad zestawami reanimacyjnymi oraz wyposażeniem do reanimacji, będącymi w posiadaniu wszystkich komórek organizacyjnych KCO.

19. Identyfikowanie zagrożeń dla przetwarzanych informacji w zarządzanej przez Pana komórce organizacyjnej.

20. Analizowanie bezpieczeństwa informacji i ocena ryzyka w zarządzanej komórce organizacyjnej.
21. Monitorowanie i regularne przeglądanie ryzyk oraz procesu zarządzania ryzykami.
22. Realizacja diagnostyki i leczenia onkologicznego w tym prowadzenie diagnostyki wstępnej, diagnostyki pogłębionej zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie pakietu onkologicznego.

II W zakresie przetaczania składników krwi:

1. Czynności związane z przetoczeniem krwi a w szczególności:
- **a)** wypełnienie zamówienia na krew i jej składniki, złożenie zamówienia na krew i jej składniki,
- **b)** poinformowanie pacjenta o ryzyku i korzyściach wynikających z przetoczenia krwi,
- **c)** identyfikacja biorcy, poprzez porównanie jego imienia i nazwiska, daty urodzenia lub numeru PESEL oraz grupy krwi z danymi zawartymi w wyniku próby zgodności,
- **d)** kontrola dokumentacji medycznej przed przetoczeniem krwi i jej składników,
- **e)** przetoczenie krwi i jej składników,
- **f)** obserwacja pacjenta w tracie przetoczenia i po przetoczeniu,
- **g)** podjęcie odpowiednich czynności w przypadku wystąpienia powikłania przy przetoczeniu,
- **h)** sprawdzenie i potwierdzenie podpisem i pieczątką wpisów w książce transfuzyjnej dokonanych przez pielęgniarkę,
- **i)** pouczenie pacjenta o konieczności niezwłocznego zgłoszenia każdego niepokojącego objawu,
- **j)** wdrożenie odpowiedniego postępowania w zależności od stanu pacjenta w przypadku wystąpienia objawów lub zmian mogących świadczyć o powikłaniu przetoczeniowym,
- **k)** obserwacja pacjenta nieprzytomnego u którego przeprowadza się przetoczenie.

2. W przypadku potwierdzenia podejrzenia wystąpienia ostrego powikłania przetoczeniowego:
- **a)** sprawdzenie danych na wszystkich pojemnikach z przetaczanymi składnikami, wyników próby zgodności i wyników grupy krwi pacjenta oraz danych identyfikujących pacjenta,
- **b)** pobranie próbki krwi od pacjenta z innego miejsca wkłucia niż miejsce, w którym dokonywano przetoczenia celem wykonania odpowiednich badań,
- **c)** powiadomienie pracowni serologii.

3. Obecność podczas rozpoczęcia przetoczenia zawartości każdego pojemnika z krwią lub jej składnikiem.

4. Odpowiedzialność w zakresie przetaczania składników krwi, a w szczególności:
- **a)** ustalenie wskazania do przetoczenia,
- **b)** identyfikacja biorcy i kontrola dokumentacji medycznej przed przetoczeniem,
- **c)** zabieg przetoczenia,
- **d)** prawidłowe udokumentowanie zabiegu przetoczenia,
- **e)** sporządzanie raportów o powikłaniach oraz wszelkich nieprawidłowościach występujących przy przetoczeniu.

III Odpowiedzialność:
- za prawidłowo udzielane świadczenia zdrowotne w ramach umowy z NFZ i planem rzeczowo – finansowym zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
- za roszczenia NFZ w przypadku nieprawidłowej ordynacji leków i innych środków refundowanych przez NFZ zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
- za prawidłowe orzekanie o niezdolności do pracy zgodne z przepisami i odpowiadające stanowi faktycznemu, w tym wystawianie druków zgodnych z wymogami ZUS z zachowaniem wymaganych terminów ich wystawiania wraz z przejęciem roszczeń z tym związanych organów i osób fizycznych,
- za poprawną weryfikację uprawnień pacjentów do bezpłatnych refundowanych leków,
- za prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów leczonych w Dziale w tym dla celów wypisu lub konsultacji zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
- za zlecanie efektywnych form diagnozowania i leczenia konkretnych przypadków chorobowych między innymi przez ustalanie warunków wstępnych niezbędnych do realizacji konsultacji, o którą zwrócił się lekarz podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarz innej specjalności,
- za przygotowanie pacjenta do realizacji zalecanej przez niego diagnostyki lub przewidzianej

formy leczenia z podaniem wskazań, przeciwwskazań i istniejącego ryzyka,

- za szkody wyrządzone przez siebie z tytułu nienależytego wykonywania usług medycznych w przypadku roszczeń pacjentów i ich rodzin za popełnione błędy w leczeniu oraz za zaniechanie udzielania świadczenia,
- za świadczenia zdrowotne udzielane chorym w zarządzanym przez Pana Dziale,
- za majątek KCO znajdujący się w zarządzanym przez Pana Dziale, nadzór nad jego ewidencją oraz odpowiedzialność za prawidłowe dysponowanie przyznanymi środkami,
- za nadzorowanie prowadzenia ksiąg, sporządzanie orzeczeń lekarskich, jak również wyciągów z historii choroby,
- za terminowe i dokładne opracowywanie statystyki w/g obowiązujących przepisów,
- za kontrolowanie i podpisywanie receptariuszy oraz dbanie o racjonalną gospodarkę lekami,
- za przestrzeganie zasad oszczędności i gospodarności,
- za powiadamianie Pełnomocnika Dyrektora o każdym przypadku, co do którego zachodzi podejrzenie iż jest wynikiem przestępstwa,
- za wykonywanie poleceń bezpośredniego przełożonego wiążących się z zakresem działalności, a nie objętych niniejszym zakresem,
- za wykonywane procedury medyczne,
- za utrzymanie w należytym stanie sanitarno-higienicznym i porządkowym Działu,
- za terminowe i efektywne wykonywanie powierzonych zadań przez podległą komórkę organizacyjną oraz dodatkowych poleceń otrzymanych od przełożonych, wynikających z konieczności realizacji zadań,
- za prawidłową gospodarkę powierzonymi środkami, urządzeniami i materiałami oraz osiąganie założonych efektów gospodarczych,
- za dopełnianie obowiązków Zarządzającego, wynikających z realizowanych zadań, ogólnie obowiązujących aktów prawnych i wewnętrznych aktów normatywnych,
- za realizację kontraktów medycznych podpisanych z NFZ i innymi podmiotami w zakresie usług stacjonarnych i ambulatoryjnych,
- za terminową i prawidłową sprawozdawczość z wykonanych kontraktów zgodnie z przyjętymi zasadami,
- za wyniki finansowe zarządzanego przez Pana/Panią Działu,
- za dyscyplinę czasu pracy podległych pracowników,
- za przestrzeganie przepisów k.p. a w szczególności dotyczących czasu pracy i dyscypliny czasu pracy przez podległych pracowników,
- za całokształt spraw związanych z personelem zatrudnionym w zarządzanym przez Pana/Pani Działu wynikający z zakresu obowiązków,
- za posiadane przez podległych pracowników aktualnych zgodnych z zajmowanym stanowiskiem szczegółowych zakresów obowiązków, aktualnych badań lekarskich i rozkładów zajęć,
- za ochronę danych osobowych pracowników, pacjentów, danych organizacyjnych i technicznych KCO, przetwarzanych w podległej komórce organizacyjnej,
- za dopuszczanie do pracy osób nieuprawnionych tzn. nie posiadających podpisanych umów z Dyrektorem KCO w postaci umowy o pracę, umowy zlecenie. umowy o dzieło lub zgody na pracę na podstawie oddelegowania,
- za ochronę danych osobowych pracowników, pacjentów, danych organizacyjnych i technicznych KCO, przetwarzanych w zarządzanej komórce organizacyjnej,
- za sporządzanie rozkładów zajęć – miesięcznych harmonogramów pracy dla lekarzy zatrudnianych przez KCO, a podległych Zarządzającemu dla właściwego zabezpieczenia funkcjonowania Działu,
- za powiadomienie bezpośredniego przełożonego w przypadku:
    - konieczności zmiany ordynacji dot. leczenia i pielęgnowania chorych,
    - pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta,
    - ujawnienia choroby zakaźnej,
    - śmierci pacjenta,
    - naruszenia obowiązujących przepisów przez personel lub pacjentów.

IV Dla zabezpieczenia realizacji zadań powierzonych zarządzanej przez Pana/Pani komórce organizacyjnej zobowiązany Pan/Pani jest:

7.1 Zapewnienia w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej odpowiednio:

7.1.1. od 8:00 do 15:35 do 4 pacjentów – 2 lekarzy powyżej 4 pacjentów – 3 lekarzy;

7.1.2. od 15:35 do 8:00 dnia następnego do 4 pacjentów 1 lekarz powyżej 4 pacjentów – 2 lekarzy.

7.2 wykonywać pracę sumiennie i starannie oraz stosować się do poleceń przełożonego, które dotyczą pracy,

7.3 przestrzegać czasu pracy ustalonego w zakładzie pracy,

7.4 przestrzegać regulaminu pracy i ustalonego w zakładzie pracy porządku,

7.5 przestrzegać przepisów oraz zasad BHP, a także przepisów p/pożarowych,

7.6 dbać o dobro zakładu pracy, chronić jego mienie oraz zachować w tajemnicy informacje, których ujawnienie mogłoby narazić pracodawcę na szkodę,

7.7 przestrzegać tajemnicy określonej w odrębnych przepisach,

7.8 przestrzegać w zakładzie pracy zasad współżycia społecznego.

1. Wynagrodzenie wynikające z przedmiotu z umowy będzie rozliczone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w zależności od podmiotu przyjmującego zamówienie.

2. 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 Oferenta

***** jeżeli dotyczy oferenta