Załącznik nr 1 do SWK

……………………………………………

Pieczęć firmowa Wykonawcy

Miejscowość …………….......... dnia ………………

**FORMULARZ OFERTOWY**

dla Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

**I. Dane Wykonawcy:**

**Nazwa Wykonawcy**

**Siedziba Wykonawcy**

**NIP Regon**

**Tel. Fax**

**e-mail: www.**

**nr rachunku bankowego:**

**II.** W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie onkologii klinicznej przez lekarza specjalistę oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu. Proponowane:

1. W Oddziale Onkologii Klinicznej:

- miesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych: ………………,

- proponowana kwota należności za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach   
7.00 - 14.35 lub 7.25 - 15.00 lub w wymiarze czasu zadeklarowanym, uzgodnionym z Lekarzem Kierującym Oddziałem od poniedziałku do piątku: ………. (słownie: ………………….………………),

- ponadto, proponowana dodatkowa kwota należności za udział w:

1. Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny w zakresie onkologii w lokalizacji Medyków - ………… zł/ za konsylium,
2. Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny w zakresie leczenia nowotworów piersi - BREAST Cancer Unit - ……… zł/ za konsylium,
3. Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny w zakresie leczenia nowotworów neuroendokrynnych - Tumor Board - ……… zł/ za konsylium,
4. Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny w zakresie leczenia onkologicznego - pozostałe zmiany nowotworowe Multidisciplinary Team - ………. zł/ za konsylium,
5. Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny w zakresie onkologii - bezinwazyjne radiologiczne zabiegi, leczenie guzów mózgu, nerwiaków, oponiaków i naczyniaków za pomocą GAMMA KNIFE - …………. zł/ za konsylium,
6. Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny w zakresie diagnostyki pozostałych zmian nienowotworowych wymagających zabiegów bądź czasowej kontroli tzw. Korelacje (pacjenci  
   u których nie potwierdzono rozpoznania nowotworowego ale pozostają pod kontrola poradni lub wymagają zabiegu operacyjnego) - …….. zł/ za korelacje,

- kwota należności za każdą zleconą chemioterapię: ……… zł (słownie: ……………………………..),

- kwota należności za każdą wykonaną okresową ocenę skuteczności chemioterapii - 3-miesięczną: ……………..zł (słownie:………………………………..…….),

- kwota należności za każdą wykonaną okresową ocenę skuteczności chemioterapii - 1-miesięczną: …………… zł (słownie:……………………..………….).

2. W Oddziale Onkologii Klinicznej, Oddziale Endokrynologii i Nowotworów Neuroendokrynnych, Oddziale Radioterapii i w Izbie Przyjęć (z wyłączeniem okulistyki):

- proponowana kwota należności za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach 15.00-7.25 od poniedziałku do piątku oraz całodobowo w soboty, niedziele, święta i dni wolne  
u Udzielającego zamówienia: ……….…… (słownie: ……………………….…………………….).

Dodatkowo w przypadku opieki w trakcie dyżuru medycznego nad pacjentem hospitalizowanym  
w Oddziale Endokrynologii i Nowotworów Neuroendokrynnych związanej z podaniem radiofarmaceutyku przysługuje wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości:

a) ……….. zł (słownie: …………….………………….. złotych) - za opiekę w trakcie dyżuru w godz. 15.00-7.25 w dni powszednie,

b) ……….. zł (słownie: …………….………………….. złotych) - za opiekę w trakcie dyżuru w godz. 7.25-7.25 w soboty, niedziele, święta, dni ustawowo wolne od pracy i dni wolne od pracy  
u Udzielającego zamówienia.

3. W Poradni Onkologicznej:

- miesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych: ………………,

- porada typu „W” – proponowany % wartości świadczeń\* zrealizowanych przez lekarza specjalistę  
w dziedzinie onkologii i rozliczonych z NFZ w danym miesiącu kalendarzowym w ramach ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych: ……,

- porada typu „Z” - proponowana cena ryczałtowa za udzielenie świadczenia: …… zł,

- porada DILO - diagnostyka wstępna, diagnostyka pogłębiona - proponowana cena ryczałtowa za udzielenie świadczenia: ………… zł,

- porada związana z programem lekowym, chemioterapią - proponowana cena ryczałtowa: ……… zł za udzielenie świadczenia (KOMPLEKSOWA PORADA AMBULATORYJNA DOTYCZĄCA CHEMIOTERAPII; PODSTAWOWA PORADA AMBULATORYJNA DOTYCZĄCA CHEMIOTERAPII; PRZYJĘCIE PACJENTA W TRYBIE AMBULATORYJNYM ZWIĄZANE  
Z WYKONANIEM PROGRAMU).

**\*w przypadku wyceny świadczeń, gdzie przewidziane jest wynagrodzenie %, podstawą kalkulacji jest zawsze ilości punktów z kolumny AMMS „realizacja punkty” przewidzianych do rozliczenia danego świadczenia w katalogu NFZ oraz stałej w okresie realizacji wartości punktu na poziomie 1 zł.**

4. W Oddziale Onkologii Klinicznej i Poradni Onkologicznej:

- liczba dni udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach ordynacji podstawowej w tygodniu: ………,

- liczba dni płatnej przerwy w realizacji umowy w trakcie 12 miesięcy jej trwania: ……..   
(w przedziale: od 1 do 5 dni z zastrzeżeniem, że nie może przewyższać wskazanej powyżej proponowanej liczby dni udzielania świadczeń zdrowotnych w tygodniu).

**Termin realizacji: 01.01.2025 r. – 31.01.2026 r.**

Dane personelu odpowiedzialnego za realizację zadania będącego przedmiotem konkursu**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Doświadczenie (w latach) |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

**Minimalna liczba osób udzielających świadczenie zdrowotne (lekarze) …………………….**

Oświadczam, że dokumenty wskazane w pkt. 7. 1 pkt. c)-e) i g) SWK zostały już uprzednio złożone Udzielającemu zamówienie do umowy nr …………………. i nie uległy zmianie.\*

*…………………………………………..………*

*Podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy*

**\* w przypadku osób, które nie złożyły dokumentów wskazanych w pkt. 7.1. pkt. c-e) oraz g) SWK lub nie miały wcześniej zawartej umowy kontraktowej z Udzielającym zamówienie proszę skreślić całość.**