

## Załącznik nr 1 do SWKO

### DANE OFERENTA

Nazwa:.....

Adres siedziby: .....

Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu.....

Organ rejestrowy: .....

Osoba uprawniona do kontaktu z Udzielającym Zamówienia:.....

Pełnomocnik..... Kontakt: .....

NIP:..... REGON: .....

Nr telefonu firmy:..... Nr faksu firmy: .....

Adres poczty elektronicznej: .....

Nazwa banku i numer konta: .....

Imiona i nazwiska oraz funkcje osób reprezentujących Oferenta oraz upoważnionych do podpisania Umowy z Udzielającym zamówienia wraz z wzorem podpisów i paraf osób podpisujących formularze ofertowe i ofertę.

L.p	Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa
1.			
2.			

.....

**data**

.....

**pieczęć i podpis Oferenta**

## OFERTA

Oferuję świadczenie usług medycznych w zakresie wykonywania procedur kardiologii inwazyjnej w Pracowni Hemodynamiki Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie.

Zamówienie wykonam:

**A. ....% wynagrodzenia zapłaconego Udzielającemu zamówienia przez NFZ w zakresie:**

- a) E10 - OZW – diagnostyka inwazyjna,
- b) E11 – OZW – leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni,
- c) E12G - OZW – leczenie inwazyjne
- d) E15 OZW – leczenie inwazyjne 7 dni z pw

**B.....% wynagrodzenia należnego Udzielającemu zamówienia od NFZ w zakresie :**

- a) E23G angioplastyka wieńcowa z implantacją jednego stentu\* - nie więcej niż 15 miesięcznie,
- b) E24G angioplastyka wieńcowa z implantacją nie mniej niż 2 stentów lub wielonaczyniowa\* - nie więcej niż 15 miesięcznie,
- c) E26 angioplastyka wieńcowa balonowa\* - nie więcej niż 15 miesięcznie,  
- z tym zastrzeżeniem, że:  
    świadczenia na rzecz pacjentów z rozpoznaniem I20.0 i I20.1 wg klasyfikacji rozpoznń ICD - 10 będą udzielane bez limitu procedur.
- d) E29 angioplastyka wieńcowa balonowa (DEB) – nie więcej niż 1 miesięcznie

Wyżej wymienione procedury podlegają rozliczeniu narastającym w skali jednego roku kalendarzowego.

**C.....% wynagrodzenia należnego Udzielającemu zamówienia od NFZ w zakresie :**

E27 - Koronarografia i inne zabiegi inwazyjne.

- zastrzeżeniem, że

w zakresie świadczeń E27 - Koronarografia i inne zabiegi inwazyjne ustala się limit na wykonanie nie więcej niż 40 planowych procedur miesięcznie za wyjątkiem:

I. świadczeń udzielonych pacjentom z rozpoznaniem I20.0 i I20.1 wg klasyfikacji rozpoznań ICD - 10, które udzielane będą bez limitu procedur,

II. innych procedur medycznych, w trakcie których wykonywana jest koronarografia bez limitu, z tym, że wartość wynagrodzenia stanowi % wartości procedury E27.

**D .....% wynagrodzenia należnego Udzielającemu zamówienia od NFZ w zakresie :**

5.53.01.0001502 - FFR/IVUS TĘTNIC WIEŃCOWYCH

5.53.01.0005004 - ATEREKTOMIA WIEŃCOWA – ROTABLACJA

Bez limitu w przypadku wykazania ww. procedur do świadczeń nielimitowanych pkt A.

Dla punktu B ustala się limit na wykonanie nie więcej niż:

- 7 procedur miesięcznie o kodzie 5.53.01.0001502,

- 2 procedur miesięcznie o kodzie 5.53.01.0005004.

Wyżej wymienione procedury podlegają rozliczeniu narastającym w skali jednego roku kalendarzowego.

.....

data

.....

pieczęć i podpis Oferenta

**Załącznik nr 3 do SWKO**  
**WYKAZ PERSONELU MEDYCZNEGO, KTÓRY BĘDZIE WYKONYWAĆ**  
**ŚWIADCZENIA W RAMACH UMOWY**

L.p.	Imię i Nazwisko	PESEL	Liczba godzin udzielania świadczeń średnio /tygodniowo	Wykształcenie / lekarz, pielęgniarka, technik elektroradiologii / *
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

\* należy dołączyć oświadczenia każdej z osób o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych do celów przeprowadzenia konkursu zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2019, poz. 1781) oraz kserokopie dokumentacji potwierdzające kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania procedur każdej z osób (potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione):

1. lekarz:

- a) prawo wykonywania zawodu,
- b) dyplom uzyskania odpowiedniej specjalizacji,
- c) zaświadczenie o nabytych umiejętnościach do samodzielnego wykonywaniu 300 PCI i 600 koronarografii potwierdzone, przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii,
- d) zaświadczenie o odbyciu szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta - na podstawie art. 33c ust. 5 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe ( t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1792, ze zm.),

2. pielęgniarka:

- a) prawo wykonywania zawodu,
- b) zaświadczenie o odbyciu szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta - na podstawie art. 33c ust. 5 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1792, ze zm.),
- c) zaświadczenie o odbyciu 3-miesięcznego stażu i szkolenia w pracowni wykonującej ponad 1500 zabiegów rocznie,

3. technik elektroradiologii :

- a) dyplom uzyskania kwalifikacji technika elektroradiologii,
- b) zaświadczenie o odbyciu szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta - na podstawie art. 33c ust. 5 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2019 r. poz. 1792, ze zm.),
- c) zaświadczenie o odbyciu 3-miesięcznego stażu i szkolenia w pracowni wykonującej ponad 1500 zabiegów rocznie.

.....

data

.....

pieczęć i podpis Oferenta

## Wykaz sprzętu i aparatury medycznej będącego na wyposażeniu Pracowni Hemodynamiki

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa</b>	<b>Ilość sztuk</b>	<b>Numer seryjny</b>	<b>Uwagi:</b>
1	Angiograf ARTIS zee seiling prod. Siemens	1 zestaw	146392	
2	Zestaw UPS UPS PW9355-40- NL-10-4x7Ah	2 zestawy		
3	Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa AP 14	2	AP14/3222/09, AP14/3122/09	
4	Pompa infuzyjna objętościowa AP31	1	AP31/0639/09	
5	Automatyczny wstrzykiwacz kontrastu do angiografu rtg Medard, MARK V ProviS (Pedestal) (Poz. 1.0 - 8.0)	1	106775	
6	Wózek do przewożenia chorych ECONOMY z regulacją wysokości i barierkami	1		
7	Komputer Espresso Mobile D9510	1	MU1B0907B0061616	
8	Defibrylator Defigard 4000	3	108997000044, 108997000049, 108997000046	
9	Holter ciśnienia BR-102 plus	8	290.05593, 290.05594, 290.05595, 290.05596, 290.05597, 290.05598, 290.05599, 290.05600	
10	Drukarka HP laserJet P2055dn/EML<33ppm USB	1		
11	Stacja analizy hemodynamicznej/monitorowania pacjenta-System Infinity	1 zestaw		
12	Zestaw do kontrpulsacji wewnątrzortowej	1 zestaw		

**Załącznik nr 5 do SWKO**

**DANE KOORDYNATORA**

Imię i nazwisko :.....

.....

data

.....

pieczęć i podpis Oferenta

**OŚWIADCZENIE**

1. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania procedur kardiologii inwazyjnej w Pracowni Hemodynamiki Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie oraz „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z projektem umowy przygotowanym przez Udzielającego zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że uważam się za związanego z niniejszą ofertą 30 dni od upływu terminu do składania ofert.
4. Oświadczam, że dysponuję personelem medycznym o odpowiednich kwalifikacjach.
5. Oświadczam, że zapewnię w odpowiedniej ilości we własnym zakresie i na własny koszt materiały medyczne, leki, środki opatrunkowe i sprzęt jednorazowego użytku niezbędne do realizacji przedmiotu umowy spełniające wymogi Ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. 2019 poz. 175 ze zmianami).
6. Oświadczam, że zobowiązuję się do współpracy z lekarzami Udzielającego zamówienia w zakresie konsultowania i zapewnienia odpowiedniej opieki lekarskiej pacjentom kwalifikowanym i poddanych kardiologicznym leczeniu inwazyjnym.
7. Oświadczam, że będę udzielać świadczenia w zakresie kardiologii inwazyjnej w pomieszczeniach i przy użyciu specjalistycznej aparatury medycznej Udzielającego zamówienia, oraz będę ponosić koszty napraw i przeglądów technicznych.
8. Oświadczam, że spełnię inne wymagania, których konieczności wprowadzania nie można przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
9. Oświadczam, że usługi stanowiące przedmiot konkursu ofert będę wykonywać będę samodzielnie bez udziału podwykonawców.
10. Oświadczam, że będę sprawować w Pracowni Hemodynamiki bieżący nadzór sanitarno-epidemiologiczny oraz będę przestrzegać zasad i procedur obowiązujących u Udzielającego zamówienia.
11. Oświadczam, że zapewnię ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń.

.....

data

.....

pieczęć i podpis Oferenta

