***………………………………. …...……., dnia ....... ...... 2021 r.***

(pieczęć firmowa)

### FORMULARZ OFERTY

**Dane Oferenta**

1. Imię i nazwisko / Nazwa\*: ………………………………………………………………………………
2. Miejsce zamieszkania / Siedziba\*: ………………………………………………………………………………
3. Numer PESEL / KRS\*.......................................
4. Numer NIP\*: ……………………………………….
5. Numer REGON\*: ………………………………….
6. Numer prawa wykonywania zawodu ...........................................................................................
7. Imię i nazwisko osoby reprezentującej Oferenta: ........................................................................................
8. Tel........................................ e-mail.................................................................

Oświadczam, że po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert nr 02/01/2021 na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. zgłaszam swoją ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych.

**Oddział Chirurgii ogólnej** **w zakresie operacji ortopedycznych**

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia oraz z Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń, oraz że uzyskałem(am) wszystkie konieczne informacje do przygotowania niniejszej oferty.
2. Oświadczam, że akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy i w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do jej zawarcia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w uzasadnionych przypadkach najpóźniej w terminie do dnia rozpoczęcia realizacji świadczeń wynikających z umowy, kopii polisy ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń w zakresie przedmiotu zamówienia na okres obowiązywania umowy, potwierdzającą zawarcie umowy obowiązkowego ubezpieczenia zgodnie z zasadami określonymi w art. 25 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. albo umowy dobrowolnego ubezpieczenia, z rozszerzeniem na odpowiedzialność za szkodę spowodowaną zarażeniem wirusowym zapaleniem wątroby i wirusem HIV.
4. Oświadczam, że nie toczą się wobec mnie żadne postępowania sądowe, administracyjne, dyscyplinarne i inne w przedmiocie odpowiedzialności związanej z wykonywaniem zawodu.
5. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym konkursie\*.

*\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)*

**Zastrzeżenie Oferenta**

Niżej wymienione dokumenty/część oferty nie mogą być ogólnie udostępnione:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Uzasadnienie:**

………………………………………………………………………………………………

**Proponowana kwota należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych wynosi:**

% wartości procedury wynikającej z umowy POW NFZ w ilości uzgodnionej ordynatorem/koordynatorem w dni powszednie w godzinach od 8.00 do 15.00.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kod grupy | Nazwa grupy | Opis | Proponowany procent od procedury |
| H21 | Artroskopowa rekonstrukcja z użyciem implantów mocujących | Rekonstrukcje więzadeł krzyżowych, szycie łąkotek, artroskopie rekonstrukcyjne barku |  |
| H22 | Artroskopia lecznicza | Artroskopie bez implantów |  |
| H31E | Kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy >65 r.ż. | Rekonstrukcje naczyń/nerwów w ranach stopy, rekonstrukcje wielotkankowe stopy i kończyny dolnej (urazy zmiażdżeniowe, na pile itp.) |  |
| H31F | j.w. | j.w. |  |
| H32 | Duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy | Przeszczepy kostne do piszczeli czy kości udowej – ubytki pourazowe, po torbielach kostnych, osteotomia udo, piszczel, strzałka lub wycięcie fragmentu tych kości – wyrośla kostne, osteofity. Operacje braku zrostu, wymiana materiału zespalającego przy braku zrostu. Usunięcie zespolenia wewnętrznego – np. wkrętu czy płyty z kości udowej. Halluxy. |  |
| H33 | Średnie zabiegi na kończynie dolnej | Korekcje palców stopy, np. palec młotowaty. Usunięcie zespolenia piszczel, strzałka, rzepka, stopa. |  |
| H41 | Rekonstrukcja funkcji ręki, w tym mikrochirurgiczna | Urazowa ręka – piła, rany, zmiażdżenia – szycie ścięgien, nerwów, naczyń. |  |
| H42 | Duże zabiegi na kończynie górnej | Korekcyjna osteotomia kości promieniowej, łokciowej – zaburzenie osi po złamaniu. Biopsje kości kończyny górnej i resekcje zmian łagodnych – torbiele, chrzęstniaki. |  |
| H43 | Średnie zabiegi na kończynie górnej | Zespół cieśni nadgarstka. Usuniecie zespolenia kości kończyny górnej. |  |
| H62E | Złamania lub zwichnięcia w obrębie miednicy lub kończyny dolnej >65 r.ż. | Złamania – udo, piszczel, strzałka, stopa – zespolenia gwoździe, druty Kirschnera, płytki. |  |
| H62F | Złamania lub zwichnięcia w obrębie miednicy lub kończyny dolnej <65 r.ż. | j.w. |  |
| H63 | Złamania lub zwichnięcia w obrębie kończyny górnej | Wszelkie złamania kończyny górnej zespalane na płyty, gwoździe, druty Kirschnera. |  |
| H64 | Mniejsze złamania lub zwichnięcia | Nastawienia złamań, zwichnieć w obrębie kończyny dolnej i górnej bez stabilizacji, np. w znieczuleniu krótkim dożylnym pod kontrolą RTG-tv. |  |
| H81 | Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych kości, stawów >10 dni. | Zapalenia kości po złamaniach i wcześniejszym leczeniu operacyjnym, często z brakiem zrostu – zabiegi oczyszczania z usunięciem zespolenia. |  |
| H82 | Duże zabiegi w chorobach infekcyjnych. | Mniejsze infekcje, rozległość operacji mniejsza, krótki pobyt, np. ropne zapalenie paliczków palców ręki – częściowa amputacja. |  |
| H83 | Średnie zabiegi na tkankach miękkich | Szeroka gama drobnych zabiegów, np. przykurcz Dupuytrena, uwolnienie zrostów pourazowych, szycie pojedynczego ścięgna – ręka, Achilles. |  |

Proponowana liczba godzin świadczenia usług w miesiącu wynosi: .......................

Proponowany czas trwania umowy wynosi ............................ miesięcy od dnia 01.02.2021 r.

.................................................................

(podpis i pieczęć osoby reprezentującej Oferenta)

Wykaz załączników:

1. .................