



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA ROK 2017

.....
(nazwa i adres oferenta)

Zielona Góra 2016 r.
(data)

OFERTA

Dyrektor

**Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Zielonej Górze
ul. Wazów 42, 65-044 Zielona Góra**

CZĘŚĆ I

Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert na zawarcie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Zielonej Górze umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie [zakreślamy znakiem X rodzaj oferowanego świadczenia w oraz miejsce świadczenia]: **Oferuję (oferujemy) wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie, realizowanych dla SP ZOZ MSWiA w Zielonej Górze.**

- | |
|--|
| 1. <input type="checkbox"/> AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ Z.Góra <input type="checkbox"/> Gorzów <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> REHABILITACJA LECZNICZA
<input type="checkbox"/> OPIEKA PSYCHIATRYCZNA |
|--|

- | |
|--|
| 2. <input type="checkbox"/> PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA
<input type="checkbox"/> - LEKARZ Z.Góra <input type="checkbox"/> Gorzów <input type="checkbox"/> Międzyrzecz <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> - PIEŁĘGNIARKA
<input type="checkbox"/> - POŁOŻNA |
|--|

- | |
|--|
| 3. <input type="checkbox"/> USŁUGI LEKARSKIE ŚWIADCZONE POZA NFZ Z.Góra <input type="checkbox"/> Gorzów <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MEDYCYNA PRACY |
|--|

- | |
|--|
| 4. DYŻURY W ODDZIALE SZPITALNYM:
<input type="checkbox"/> LEKARSKI
<input type="checkbox"/> PIEŁĘGNIARSKI
<input type="checkbox"/> OPIEKUNA MEDYCZNY |
|--|



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA ROK 2017

5. INNE ŚWIADCZENIA WYSZCZEGÓLNIONE W OGŁOSZENIU O KONKURSIE OFERT Z.Góra Gorzów Międzyrzecz

1. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej (naszej) oferty, świadczeń zdrowotnych udzielać będziemy od dnia 01 stycznia 2017 r. do dnia 30 czerwca 2017 r./31 grudnia 2017 r. (niepotrzebne skreślić) na warunkach i zasadach określonych w ofercie oraz umowie.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się:
 - 1) z treścią ogłoszenia o konkursie ofert,
 - 2) ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń,
 - 3) z projektem umowy i nie zgłaszam do niego zastrzeżeń, w przypadku korzystnego rozstrzygnięcia konkursu, wyrażam zgodę na włączenie jego postanowień do treści stosunku umownego łączącego strony,
 - 4) z właściwymi Rozporządzeniami Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu objętego ofertą i spełniam jej wymogi,
 - 5) z właściwym zarządzeniem Prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju i zakresie świadczeń objętych ofertą i spełniam jej wymogi.
ust 4) i 5)[*nie dotyczą ofert: dyżurów lekarskich w oddziale szpitalnym, dyżury pielęgniarek/ opiekunów medycznych w oddziale szpitalnym, badań diagnostycznych*]
3. Oświadczam, że :
 - 1) uważam (uważamy) się za związanego/ związaną/ związanych niniejszą ofertą przez okres wskazany w szczegółowych warunkach konkursu ofert.
 - 2) dane przedstawione w niniejszej ofercie są zgodne ze stanem faktycznym.
 - 3) zobowiązuję się (zobowiązujemy się) – w przypadku wyboru mojej (naszej) oferty przez SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Zielonej Górze – do zawarcia na okres objęty umową wymaganej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa umowy ubezpieczenia OC.
4. Oferta została złożona na stronach (kartkach) podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr 1 do nr
5. Podaję proponowaną kwotę należności za realizację zamówienia (z ewentualną kalkulacją elementów należności) oraz proponowany czas trwania umowy.
6. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:
 - a) kwestionariusz oferty,
 - b) załącznik nr 1 – *kopia lub ksero* wpisu do właściwego rejestru,
 - c) załącznik nr 2 – *kopia lub ksero* odpisu rejestru sądowego (jeśli istnieje),
 - d) załącznik nr 3 – *kopia lub ksero* wpisu do ewidencji działalności gospodarczej Urzędu Miejskiego,
 - e) załącznik nr 4 – *kopia lub ksero* decyzji o nadaniu nr NIP
 - f) załącznik nr 5 – *kopia lub ksero* zaświadczenia o numerze identyfikacyjnym REGON,
 - g) załącznik nr 6 – *kopia lub ksero* statutu oferenta (jeśli istnieje),
 - h) załącznik nr 7 – *kopia lub ksero* prawa wykonywania zawodu,
 - i) załącznik nr 8 – *kopie lub ksero* dyplomów potwierdzających kwalifikacje wymagane przepisami,
 - j) załącznik nr 9 – *kopie lub ksero* dodatkowych kwalifikacji (odbyte kursy, szkolenia) wymagane przepisami,



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA ROK 2017

- k) załącznik nr 10 – wykaz sprzętu medycznego wykorzystywanego w realizacji umowy wraz z *kopiami* lub *ksero* atestów,
- l) podmioty, które związane są przedmiotową umową z SP ZOZ MSWiA w Zielonej Górze w 2016 roku mogą złożyć **oświadczenie**, że dokumenty (wymienić jakie) złożone do SP ZOZ MSWiA w Zielonej Górze w roku ubiegłym oraz dane w nich zawarte nie uległy zmianie i są aktualne (oświadczenie na końcu oferty),
- ł) oświadczenie oferenta o zatrudnianiu pracowników (oświadczenie na końcu oferty)

Wszystkie ww. kserokopie dokumentów potwierdzone formułą „ZA ZGODNOŚĆ”, datą i podpisem składającego ofertę. Brak podpisu na niniejszej ofercie spowoduje odrzucenie oferty !



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA ROK 2017

.....
data, podpis oferenta lub osoby
uprawnionej do reprezentowania
oferenta

.....

pieczęć oferenta

WNIOSEK OFERTOWY

Niniejszym składam ofertę w konkursie ofert na zawarcie przez SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Zielonej Górze umowy o udzieleniu świadczeń zdrowotnych dotyczącej:

*

DANE OFERENTA:

1	Pełna nazwa oferenta zgodnie z wpisem we właściwych rejestrach
2	Pełna nazwa organu, który utworzył zakład
3	Adres
4	Kod pocztowy
5	Powiat
6	Telefon
7	Fax
8	Poczta elektroniczna
9	NIP
10	REGON



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA ROK 2017

11	Nazwa banku obsługującego
12	Nr konta
13	Imię i nazwisko dyrektora lub innych osób funkcyjnych, uprawnionych do występowania w imieniu oferenta
	**
14	Telefon kontaktowy

* wpisać właściwy rodzaj świadczeń zdrowotnych

** dotyczy zakładów opieki zdrowotne



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA ROK 2017

SZCZEGÓŁOWY FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ

NAZWA I ADRES PORADNI:

Lp.	Rodzaj aparatury i sprzętu medycznego	Typ/firma	Rok produkcji
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

.....

data i podpis oferenta



WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ WRAZ Z CZASEM PRACY

WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ												
Lp.	Zakres świadczeń	Imię nazwisko osoby udziel. świadczenia	Nr prawa wykonyw. zawodu	Kwalifikacje	Miejsce udzielania świadczeń	Czas pracy (dni i godziny)					uwaga	
						Pon.d	Wtore	Środ	Czw.	Piątek		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1						od	od	od	od	od		
2						do	do	do	do	do		
3												
4												

Uwaga: dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych oraz innych osób wykonujących zawody lekarskie

.....
data, podpis oferenta**CZĘŚĆ II****PROPONOWANE KWOTY NALEŻNOŚCI ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENI
(z ewentualną kalkulacją kosztów) WRAZ Z PROPONOWANYM CZASEM TRWANIA UMOWY**

1. <input type="checkbox"/> AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA Z.Góra <input type="checkbox"/> Gorzów <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> REHABILITACJA LECZNICZA
<input type="checkbox"/> OPIEKA PSYCHIATRYCZNA

pieczęć oferenta

UMOWY ZAWIERANE W RAMACH NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA						
TYP ŚWIADCZENIA	RODZAJ ŚWIADCZENIA UDZIELANEGO PRZEZ	liczba punktów na rok	liczba punktów na miesiąc	cena punktu	kwota należności za realizację zamówienia	czas trwania umowy
				cena porady		
AMUBULATORYJNA OPIEKA MEDYCZNA	lekarz – specjalista					
REHABILITACJA LECZNICZA	lekarz w Porad. Rehab.					
	fizykoterapeuta w zakresie zab. rehab. w warun. dom.					
	logopeda w Oddz. Rehab. Neurolog.	-	-		-	



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA ROK 2017

	psycholog w Oddz. Rehab. Neurolog.	-	-		-	
	terapeuta w Oddz. Rehab. Neurolog.	-	-		-	

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA	psychiatra w Oddz. Dzień. Zaburz. Nerw.					
	psycholog w Oddz. Dzień. Zaburz. Nerw.					
	psychoterapeuta w Oddz. Dzień. Zaburz. Nerw.					
	psychiatra w Porad. Lecz. Nerwic					
	psycholog w Porad. Lecz. Nerwic					
	psychoterapeuta w Porad. Lecz. Nerwic					
	psychiatra w Porad. Zdrow. Psych.					
	psycholog w Porad. Zdrow. Psych.					
	psycholog w Porad. Psychol.					
	psychoterapeuta w Porad. Psychol.					

.....
data, podpis oferenta



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA ROK 2017

1.1.2a	Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni 7-19 rż	Stawka kapitacyjna miesięczna	
1.1.3a	Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni 20-39 rż	Stawka kapitacyjna miesięczna	
1.1.4a	Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni 40-65 rż	Stawka kapitacyjna miesięczna	
1.1.5a	Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni powyżej 65 rż	Stawka kapitacyjna miesięczna	
1.1.6a	Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni w wieku od 66. do 75. r.ż.	Stawka kapitacyjna miesięczna	
1.1.7a	Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni powyżej 75 rż	Stawka kapitacyjna miesięczna	
1.1.8a	Kapitacja w opiece lekarskiej poz podopieczni DPS lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej	Stawka kapitacyjna miesięczna	
1.1.9a	Świadczenie lekarza poz w profilaktyce ChUK	Porada	
1.1.10a	Świadczenie lekarza poz udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada	



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA ROK 2017

1.1.11a	Świadczenie lekarza poz udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Porada	
1.1.12a	Świadczenie lekarza poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	
1.1.13a	Świadczenie lekarza poz w ramach kwalifikacji do realizacji transportu „dalekiego” w POZ	Porada	
1.1.14a	Świadczenie lekarza poz związane z wydaniem karty	Porada	
1.1b	Świadczenia lekarza poz – przy wskaźniku wykonania badań \geq wartości progowej określonej przez Fundusz		
1.1.1b	Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni do 6 rż	Stawka kapitacyjna miesięczna	
1.1.2b	Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni 7-19 rż	Stawka kapitacyjna miesięczna	
1.1.3b	Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni 20-39 rż	Stawka kapitacyjna miesięczna	



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA ROK 2017

1.1.4b	Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni 40-65 rż	Stawka kapitacyjna miesięczna		
1.1.5b	Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni powyżej 65 rż	Stawka kapitacyjna miesięczna		
1.1.6b	Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni w wieku od 66. do 75. r.ż.	Stawka kapitacyjna miesięczna		
1.1.7b	Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni powyżej 75 r.ż.	Stawka kapitacyjna miesięczna		
1.1.8b	Kapitacja w opiece lekarskiej poz podopieczni DPS lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej	Stawka kapitacyjna miesięczna		
1.1.9b	Świadczenie lekarza poz w profilaktyce ChUK	Porada		
1.1.10b	Świadczenie lekarza poz udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada		
1.1.11b	Świadczenie lekarza poz udzielane w stanach nagłych zachorowań osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Porada		
1.1.12b	Świadczenie lekarza poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada		
1.1.13b	Świadczenie lekarza poz w ramach kwalifikacji do realizacji transportu „dalekiego” w POZ	Porada		



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA ROK 2017

1.1.14b	Świadczenie lekarza poz związane z wydaniem karty	Porada		

UMOWA W RAMACH NFZ				
L.p.	Nazwa świadczenia	jednostka rozliczeniowa	Wartość miesięcz. stawki kapit., ceny jednostkowej (w PLN)	czas trwania umowy
2.1	Świadczenia pielęgniarki POZ			01.01.2017 r.-30.06.2017 r.
2.2	Kapitacja w opiece pielęgniarskiej poz ubezpieczeni do 6 rż	Stawka kapitacyjna miesięczna		
2.3	Kapitacja w opiece pielęgniarskiej poz ubezpieczeni 7-65 rż	Stawka kapitacyjna miesięczna		
2.4	Kapitacja w opiece pielęgniarskiej poz ubezpieczeni powyżej 65 rż	Stawka kapitacyjna miesięczna		
2.5	Kapitacja w opiece pielęgniarskiej poz podopieczni DPS lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej	Stawka kapitacyjna miesięczna		
2.6	Świadczenie pielęgniarki poz w ramach realizacji profilaktyki gruźlicy	Porada		



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA ROK 2017

2.7	Świadczenie pielęgniarstwa poz udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada	
2.8	Świadczenie pielęgniarstwa poz udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Porada	
2.9	Świadczenie pielęgniarstwa poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	

UMOWA W RAMACH NFZ				
L.p.	Nazwa świadczenia	jednostka rozliczeniowa	Wartość miesięcz. stawki kapit., ceny jednostkowej (w PLN)	czas trwania umowy
3.1	Świadczenia położnej POZ			01.01.2017 r. – 30.06.2017 r.
3.2	Kapitacja w opiece położnej poz	Stawka kapitacyjna miesięczna		
3.3	Wizyta położnej poz w edukacji przedporodowej	Porada		
3.4	Wizyta położnej poz w edukacji przedporodowej – wada letalna płodu	Porada		



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA ROK 2017

3.5	Wizyta patronażowa położnej poz	Porada	
3.6	Wizyta patronażowa położnej poz /wizyta w opiece nad kobietą po rozwiązaniu ciąży – wada letalna płodu	Porada	
3.7	Wizyta położnej poz w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych	Porada	
3.8	Świadczenie położnej poz udzielane w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada	
3.9	Świadczenie położnej poz udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Porada	
3.10	Świadczenie położnej poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	
3.11	Świadczenie położnej poz – pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego	Porada	

.....
data i podpis oferenta



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA ROK 2017

3. **USŁUGI LEKARSKIE ŚWIADCZONE POZA NFZ** **Z.Góra** **Gorzów**
 MEDYCYNA PRACY

pieczęć oferenta

UMOWY OTWARTE (POZA NARODOWYM FUNDUSZM ZDROWIA)		
RODZAJE ŚWIADCZEŃ	stawka w zł	czas trwania umowy

konsultacje dla potrzeb medycyny pracy i Komisji Lekarskiej		
konsultacje w oddziale szpitalnym		
porady lekarskie płatne		
wydanie zaświadczenia wskazanego w §.1 zarządzenia nr 21/2011 Dyrektora SP ZOZ MSW		
wydanie zaświadczenia wskazanego w §.1 ust. k. zarządzenia nr 21/2011 Dyrektora SP ZOZ MSW		

Usługi lekarskie lekarza Medycyny Pracy		
--	--	--

.....
data, podpis oferenta



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA ROK 2017

4. DYŻURY NA ODDZIAŁACH SZPITALNYCH:

- LEKARSKI
- PIEŁĘGNIARSKI
- OPIEKUNA MEDYCZNEGO

pieczęć oferenta

SPECJALISTA	typ dyżuru	stawka 1 godz./zł
LEKARZ	zwykły	
	święteczny	
PIEŁĘGNIARKA	zwykły podwójny	
	nocny i święteczny podwójny	
	pojedynczy	
OPIEKUN MEDYCZNY	-	

.....

data, podpis oferenta



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA ROK 2017

5. INNE ŚWIADCZENIA WYSZCZEGÓLNIONE W OGŁOSZENIU O KONKURSIE OFERT
Z. Góra Gorzów Międzyrzecz

OFERENT MOŻE DOŁĄCZYĆ WŁASNĄ SPECYFIKACJĘ WRAZ Z CENNIKIEM

pieczęć oferenta

rodzaj świadczenia	cena za świadczenie w zł

Jeżeli oferta przekracza 10 pozycji, prosimy o złożenie jej w wersji papierowej oraz elektronicznej.

.....
data, podpis oferenta

.....
(oferent)

.....
(miejsowość, data)



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA ROK 2017

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że następujące dokumenty:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

zostały złożone do SP ZOZ MSWiA w Zielonej Górze w postępowaniach konkursowych w ubiegłych latach a dane w nich zawarte nie uległy zmianie i są aktualne.

.....
(podpis oferenta)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zatrudniam/nie zatrudniam pracowników w ramach stosunku pracy/ w ramach umowy cywilnoprawnej.

*niepotrzebne skreślić

.....
(podpis oferenta)