

Legnica, dniar.

O F E R T A
na udzielanie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych

NAZWA OFERENTA:

ADRES:

NUMER WPISU Z REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

.....

prowadzonego przez

NUMER WPISU DO KRS

.....

NIP..... REGON

Dane kontaktowe: nr telefonu nr fax

e-mail.....

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy i proponuję następujące warunki :

/C1/- średnioroczna wartość badań brutto wykonywanych pacjentom kierowanym przez lekarzy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy według załącznika nr 1 do formularza ofertowego

..... /zł/ brutto

**/C2/- wynagrodzenie (%) za wykonywanie świadczeń TK i MRI pacjentom ambulatoryjnym kierowanych przez lekarzy lub podmioty posiadające umowę z NFZ , stanowiące
% wynagrodzenia otrzymanego z NFZ przez Udzielającego zamówienia za realizację tych świadczeń.**

Ponadto oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu oraz projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń co do ich postanowień. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na czas określony 10 lat, przy czym udzielanie świadczeń zdrowotnych określonych w konkursie nastąpi od dnia 4 lipca 2018r. na warunkach przedstawionych w projekcie umowy oraz w szczegółowych warunkach konkursu.

.....
podpis oferenta

Wykaz załączników do oferty:

- 1) wypis z CEIDG lub odpis z KRS,
- 2) wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r.
- 3) zaświadczenie z właściwego Urzędu Skarbowego potwierdzające, że oferent nie zalega z opłacaniem podatków, lub że uzyskał zgodę na zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności,
- 4) zaświadczenie z właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzające, że oferent nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne, lub że uzyskał zgodę na zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności,

- 5) opinię banku potwierdzającą wiarygodność oferenta, zawierającą informacje o zdolności kredytowej na kwotę nie niższą niż 1.500.000 złotych lub wyciąg z rachunku bankowego, ewentualnie informacja z banku potwierdzająca stan rachunku w kwocie nie niższej niż 1.500.000 zł,
- 6) wykaz oferowanych świadczeń wraz z określeniem ich cen jednostkowych brutto - załącznik nr 1 do formularza ofertowego
- 7) oświadczenie o należyтым wykonywaniu świadczeń – załącznik nr 2 do formularza ofertowego do którego należy dołączyć posiadane certyfikaty jakości,
- 8) oświadczenie o zapewnieniu komunikacji z Udziałającym zamówieniem w zakresie wykonywanych świadczeń – załącznik nr 3 do formularza ofertowego
- 9) wykaz sprzętu i aparatury medycznej spełniających wymagania określone w przepisach szczególnych – załącznik nr 4 do formularza ofertowego do którego należy dołączyć posiadane aktualne certyfikaty jednostki notyfikowanej i deklaracje zgodności, w przypadku sprzętu używanego również świadectwa dopuszczenia, aktualne przeglądy itp.
- 10) wykaz osób, które udzielać będą świadczeń objętych przedmiotem konkursu wraz z określeniem ich kwalifikacji zawodowych załącznik nr 5 do formularza ofertowego oraz dokumenty potwierdzające ich kwalifikacje, w tym aktualne orzeczenia lekarskie, zaświadczenia o ukończonych szkoleniach z bhp, ochrony radiologicznej itp.
- 11) polisę OC z tytułu prowadzonej działalności zgodnie z wymaganiami określonymi przez organizatora konkursu lub pisemne zobowiązanie oferenta do jej zawarcia, przy czym obowiązek jej zawarcia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej,
- 12) dowód wpłaty wadium,
- 13) oświadczenie oferenta o złożeniu kserokopii dokumentów zgodnych z oryginałami – załącznik nr 6 do formularza ofertowego.

Wykaz świadczeń z zakresu diagnostyki obrazowej

L.p.	Nazwa świadczenia	Średnioroczna ilość świadczeń	Cena jednostkowa zł/brutto	Średnioroczna wartość świadczeń zł
1.	Tomografia komputerowa bez kontrastu	9218		
2.	Tomografia komputerowa z kontrastem	690		
3.	Tomografia komputerowa całego ciała z kontrastem/bez kontrastu	240		
4.	Tomografia komputerowa dwufazowa przed i po kontraście	4343		
5.	TK serca Calcium Scoring ,TK naczyń wieńcowych, tętnic płucnych i aorty piersiowej (TRO)	4		
6.	ANGIO-TK	950		
7.	Rezonans magnetyczny bez kontrastu	655		
8.	Rezonans magnetyczny z kontrastem	831		
9.	ANGIO-MRI	32		
10.	Mammografia	764		
11.	RTG kończyn i stawów, w tym porównawcze	20284		
12.	RTG jamy brzusznej i miednicy	2017		
13.	RTG w zakresie głowy	12618		
14.	RTG klatki piersiowej	2675		
15.	RTG kręgosłupa	1754		
16.	RTG przyłóżkowe	156		
17.	Badanie kontrastowe układu pokarmowego	26		
18.	Badanie kontrastowe układu moczowego	5		
19.	Urografia kontrast bezjonowy	5		
20.	Cholangiografia dożylna	3944		
21.	Cholangiografia śródoperacyjna	17		
22.	USG tkanek miękkich	616		
23.	USG naczyń dogłównych doppler	352		
24.	Lakrimografia	1		
25.	Opis zdjęć wykonanych w innych placówkach	6		
ŚREDNIOROCZNA WARTOŚĆ BADAŃ OGÓŁEM				

Jednocześnie oświadczam, iż w koszcie wykonania badania RTG klatki piersiowej uwzględniono wykonywanie badań na rzecz osób zatrudnionych przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy bez odrębnego wynagrodzenia w ilości nie większej niż 500 badań rocznie.

.....
podpis oferenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zobowiązuję się świadczyć usługi na wysokim poziomie, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy technicznej i analitycznej, sztuką i etyką zawodu, obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności.

Jednocześnie oświadczam, iż posiadam doświadczenie organizacyjne w całodobowym udzielaniu świadczeń będących przedmiotem niniejszego konkursu :

L.p.	Nazwa podmiotu	Adres podmiotu	Okresy całodobowego udzielania świadczeń

W załączeniu przedstawiam posiadane certyfikaty jakości.

.....
podpis oferenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zobowiązuję się do zapewnienia komunikacji z Udzielającym zamówienia w zakresie wykonywanych badań według niżej określonych minimalnych wymogów:

1. Udzielający zamówienia wymaga, aby Przyjmujący zamówienie przechowywał i przetwarzał w postaci cyfrowej dane pacjentów szpitalnych (dane demograficzne, obrazy badań w formacie DICOM, wyniki badań w postaci opisów). Przez pojęcie *szpitalnych* należy rozumieć pacjentów przyjmowanych i rozliczanych w przedmiotowej umowie. Dla osiągnięcia tego celu dopuszcza się następujące rozwiązania w zakresie obsługi informatycznej:
 - 1) Przyjmujący zamówienie będzie wykorzystywał system PACS/RIS/VNA funkcjonujący w placówce Udzielającego zamówienia do realizacji zapisów Umowy, w tym do udostępniania wyników badań, wyłącznie pacjentom szpitalnym. W tym przypadku Przyjmujący zamówienie pokryje całkowite koszty dostosowania posiadanego przez Udzielającego zamówienia systemu PACS/RIS/VNA (licencje, prace programistyczne oraz sprzęt) w zakresie koniecznym do utrzymania pełnej obsługi posiadanych urządzeń diagnostycznych oraz pracowni diagnostycznych z utrzymaniem funkcjonalności i wydajności posiadanego przez Udzielającego zamówienie systemu PACS/RIS/VNA sprzed momentu rozszerzenia o obsługę pacjentów przez Przyjmującego zamówienia lub
 - 2) Przyjmujący zamówienie gwarantuje, bezkosztowe przeprowadzenie integracji w głębokim zakresie zgodnej z HL7 oraz DICOM zastosowanego (posiadanego przez Przyjmującego zamówienie) systemu informatycznego z systemem PACS/RIS/VNA, który funkcjonuje w Wojewódzkim Szpitalu w Legnicy. Zakres tej integracji ma zapewniać minimum:
 - a) przyjmowanie zleceń na badania diagnostyczne z systemu RIS/VNA,
 - b) przesyłanie do PACS badań pacjentów szpitalnych z poszczególnych urządzeń i/lub pracowni diagnostycznych (format DICOM),
 - c) przesyłanie wyników badań diagnostycznych z urządzeń typu USG, EKG, Holter, Spirometr, Kardiomonitor do systemu VNA oraz do Portalu Pacjenta,
 - d) dostęp do badań historycznych pacjentów znajdujących się w systemie PACS/VNA,
 - e) przesyłanie do PACS komunikatu MPPS z urządzeń diagnostycznych,
 - f) modyfikacje zleconych w RIS/VNA procedur wraz z potwierdzeniem przyjęcia przez RIS/VNA takiej modyfikacji zlecenia,
 - g) anulowania zleceń oczekujących w systemie RIS/VNA,
 - h) przesyłanie do RIS/VNA (komunikaty HL7) opisów wykonywanych badań pacjentów szpitalnych,
 - i) przyjmowanie i odsyłanie informacji dotyczących „kolejek” oczekujących na potrzeby raportowania dla NFZ.
2. Udzielający zamówienia wymaga, aby do bazy danych pacjentów wymienionych w ust. 1. zaimportować dane archiwizowane przez podmiot dotychczas wykonujący usługę, dane te zostaną udostępnione przez dotychczasowego usługodawcę, przy zachowaniu wymogów wynikających z przepisów prawa, w szczególności ochrony danych osobowych.
3. W przypadku realizacji wariantu określonego w ust.1.1 Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie - przed rozpoczęciem wykonywania świadczeń zdrowotnych, do wykonania wszelkich niezbędnych czynności w tym zakresie.
4. W przypadku realizacji wariantu określonego w ust.1.2 Przyjmujący zamówienie stosować będzie słownik procedur wykorzystywany przez Udzielającego zamówienia (nie dopuszcza się mapowania procedur po stronie systemu RIS Udzielającego zamówienia). Przyjmujący zamówienie na żądanie Udzielającego zamówienia dokona bezkosztowego eksportu cyfrowej bazy danych pacjentów szpitalnych (dane demograficzne, obrazy badań w formacie DICOM, wyniki badań w postaci opisów) do systemu PACS/RIS/VNA pracującego w Wojewódzkim Szpitalu w Legnicy. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do dokonania integracji w terminie 90 dni od podpisania umowy.
5. O przeprowadzonych czynnościach określonych w ust. 3 i 4 Przyjmujący zamówienie poinformuje pisemnie Udzielającego zamówienia.

.....
podpis oferenta

Wykaz sprzętu i aparatury medycznej

L.p.	Nazwa	Ilość sprzętu	Rok produkcji

W załączeniu aktualne certyfikaty jednostki notyfikowanej i deklaracje zgodności, w przypadku sprzętu używanego również świadectwa dopuszczenia, aktualne przeglądy itp.

.....
podpis oferenta

Wykaz osób udzielających świadczeń w przedmiotowym konkursie wraz z określeniem ich kwalifikacji zawodowych

L.p.	Imię i Nazwisko	Tytuł zawodowy	Ilość lat doświadczenie zawodowego	Specjalizacja

W załączeniu dokumenty potwierdzające kwalifikacje personelu, w tym aktualne orzeczenia lekarskie, zaświadczenia o ukończonych szkoleniach z bhp, ochrony radiologicznej itp.

.....
podpis oferenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż złożone przeze mnie kserokopie dokumentów są zgodne z treścią oryginałów.

.....
podpis oferenta