

Dane Udzielającego Zamówienia:

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

w Warszawie, 02-097 Warszawa, ul. S. Banacha 1A

REGON: 000288975

NIP: 522-00-02-529

FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY

Na udzielanie wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów z anestezjologii i intensywnej terapii w II Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii w okresie od 01.08.2024 r. do 31.12.2024 r. w zakresie:

1. anestezjologii i intensywnej terapii, tj. wykonywania znieczulania ogólnego i przewodowego do zabiegów operacyjnych oraz dla celów diagnostycznych lub leczniczych;
2. reanimacji i udzielania świadczeń medycznych pacjentom będącym w stanie bezpośredniego zagrożenia życia;
3. leczenia bólu ostrego;
4. udzielanie konsultacji z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii;
5. intensywnej terapii – leczenie i opieka nad chorymi w Oddziale Intensywnej Terapii i Oddziale Pooperacyjnym;
6. prowadzenie racjonalnej i oszczędnej gospodarki sprzętem, aparaturą i innymi środkami wykorzystywanymi do udzielania wyżej wymienionych świadczeń, zgodnie z przyjętymi w II Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii standardami;
7. nadzorowanie pracy lekarzy bez specjalizacji;
8. dyżurów medycznych w systemie całodobowym według harmonogramu;
9. udział w wysokospecjalistycznych procedurach transplantacyjnych w szczególności:
 - 1) identyfikacja potencjalnego dawcy narządów;
 - 2) udział w komisyjnym orzeczeniu zgonu;
 - 3) kwalifikacja potencjalnego dawcy do pobrania narządów i opiece nad dawcą do momentu pobrania narządów;
 - 4) znieczulenie do pobrania narządów od dawcy zmarłego;
 - 5) znieczulenie do przeszczepienia nerki od dawcy zmarłego;
 - 6) znieczulenie do przeszczepienia nerki i trzustki od dawcy zmarłego;
 - 7) znieczulenie trzustki;
 - 8) znieczulenie do przeszczepienia nerki z odprowadzeniem moczu sp. Brickera;
 - 9) znieczulenie do przeszczepienia nerki od dawcy żywego;
 - 10) znieczulenie do przeszczepienia wątroby;
 - 11) znieczulenie do pobrania narządów od dawcy żywego;
 - 12) założenie portu naczyniowego;
 - 13) usunięcie portu naczyniowego.

Nazwa Oferenta:.....

Adres siedziby Oferenta.....

Nr telefonu/e-mail.....

Numer konta bankowego.....

NIP..... REGON.....

1. **Zobowiązuje się do przepracowania minimum _____ godzin miesięcznie (bez godzin dyżurowych).** Udzielający zamówienia wymaga min. 90 godzin na miesiąc (bez godzin dyżurowych).
2. **Proponowane wynagrodzenie:**
 - 1) **zł brutto** za każdą przepracowaną godzinę, od godz. 7:30 do 15:05 w dni powszednie;
 - 2) **zł brutto** za każdą przepracowaną godzinę po godz. 15:05 do godz. 7:30 w dni powszednie oraz za każdą przepracowaną godzinę w soboty, niedziele i święta;
 - 3) Za udział w wysokospecjalistycznych procedurach proponuję następujące stawki:
 - 1) _____zł brutto - identyfikacja potencjalnego dawcy narządów;
 - 2) _____ zł brutto - udział w komisyjnym orzeczeniu zgonu;
 - 3) _____ zł brutto - kwalifikacja potencjalnego dawcy do pobrania narządów i opiece nad dawcą do momentu pobrania narządów;
 - 4) _____ zł brutto - znieczulenie do pobrania narządów od dawcy zmarłego;
 - 5) _____zł. brutto - założenie portu naczyniowego;
 - 6) _____zł. brutto usunięcie portu naczyniowego.
3. Premia motywacyjna z tytułu realizacji świadczeń zdrowotnych - według tabeli poniżej (szczegółowy algorytm naliczania premii znajduje się w Załączniku do umowy - wzór):

L.P.	Miejsce realizacji świadczeń	Propozycja wynagrodzenia (Wartość premii brutto)	Algorytm naliczania premii	Sposób potwierdzenia realizacji procedury do rozliczenia
1	Blok operacyjny	_____zł brutto	Premia należna będzie lekarzowi specjalście za wykonanie świadczeń anestezji według czasu trwania procedury zabiegowej. Za zabieg/ operację w pierwszej godzinie realizacji znieczulenia premia wynosić będzie - _____zł brutto, za każde następne rozpoczęte pół godziny _____zł brutto. W przypadku realizacji procedury przez specjalistów I stopnia premia wynosić będzie	Potwierdzenie czasu z raportu monitorowania pracy bloków operacyjnych oraz systemu informatycznego - raport z Clininetu i protokołu operacyjnego.

			<p>stosownie _____ zł brutto/h i _____ zł brutto za kolejne 0,5h. Wykonanie znieczulenia w czasie krótszym niż jedna godzina upoważnia do pełnej stawki jak za pierwszą godzinę zabiegu czyli _____ zł brutto. Procedury wysokospecjalistyczne tj. przeszczepy narządów i nie podlegają tego rodzaju premiowaniu. Za efektywną godzinę pracy uważa się czas od rozpoczęcia do zakończenia procedury chirurgicznej.</p>	
2	Pracownie badań endoskopowych	_____ zł brutto	Premia należna będzie za wykonaną procedurę	Wg danych z systemu informatycznego- raport z Clininetu.
3	Pracownia badań i zabiegów interwencyjnych (Hybrydowych)	_____ zł brutto	Premia należna będzie za wykonaną procedurę wg zasad opisanych w punkcie nr 1.	
4	Inne miejsca udzielania świadczeń gdzie procedura zasadnicza wymaga znieczulenia	_____ zł brutto	Premia należna będzie za wykonaną procedurę znieczulenia.	
5	Punkty kwalifikacji do znieczulania funkcjonujące w ramach ambulatorium	_____ zł brutto	Premia stanowić będzie sumę wszystkich rozliczonych przez NFZ kwalifikacji w danym miesiącu, pomnożonych przez jednostkową wartość premii. Premia do podziału przez Kierownika Kliniki.	Wg danych z systemu informatycznego - raport Clininetu i wniosku premiowego przedstawionego przez Kierownika Kliniki.

Szczegółowe składniki wynagrodzenia znajdują się we wzorze umowy- Załącznik do SWKO.

Oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, dokumentacją postępowania na świadczenie usług i nie wnosi do niej zastrzeżeń;

2. posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty;
3. dane przedstawione w ofercie i oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
4. gwarantuje ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty;
5. zobowiązuje się do zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oraz dostarczenia orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych w przypadku przyjęcia oferty najpóźniej do dnia podpisania umowy o udzielenie zamówienia;
6. osobiście będzie świadczył usługi na rzecz Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie;
7. zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta.
8. **Oferent zobowiązuje się dostarczyć w przypadku przyjęcia oferty (najpóźniej do dnia podpisania umowy o udzielenie zamówienia) zaświadczenia z Krajowego Rejestru Karnego zgodnie art. 21 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (Dz.U.2023.1304 t.j.). W razie braku spełnienia obowiązku o jakim mowa w zdaniu pierwszym powyżej UCK WUM będzie uprawniony do odstąpienia od umowy o udzielenie zamówienia w terminie do dnia 01.08.2024 roku.**

Do oferty dołączam następujące dokumenty:

(Wszystkie dokumenty powinny mieć formę poświadczoną za zgodność z oryginałem kserokopii. Poświadczenie musi być wykonane przez Oferenta).

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

Administratorem danych osobowych jest Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z siedzibą w Warszawie przy ul. Banacha 1A, 02-097 Warszawa, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000073036, posiadającym REGON: 000288975, NIP: 5220002529. Celem przetwarzania danych przez Administratora jest podjęcie niezbędnych działań mających na celu doprowadzenie do zawarcia umowy świadczenia usług. Dane zgromadzone są wyłącznie do użytku wewnętrznego administratora. Dane udostępniają wyłącznie osoby upoważnione do tego przez administratora. Każdy zgłaszający dane ma prawo do wglądu do swoich danych osobowych, poprawiania ich treści, żądania uzupełnienia, uaktualnienia, czasowego lub stałego wstrzymania ich przetwarzania lub ich usunięcia, jeżeli są one

niekompletne, nieaktualne, nieprawdziwe albo są już zbędne do realizacji celu, dla którego zostały zebrane. Zgłaszający dane ma również prawo do uzyskania informacji o celu, źródle, z którego pochodzą dane, zakresie i sposobie przetwarzania i udostępniania danych. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Administrator danych zobowiązuje się do zastosowania środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę przetwarzania danych osobowych. Usunięcie danych osobowych nie wymaga zgody osoby, której dane dotyczą. Jednocześnie zgłaszający zobowiązany do zgłoszenia Administratorowi wszelkich zmian dotyczących danych osobowych oraz kwalifikacji zawodowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji przeprowadzonego konkursu ofert (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. roku o Ochronie Danych Osobowych (t.j. Dz. U. 2019 r. poz. 1781).

Warszawa, dnia _____

Pieczątko i podpis Oferenta