Załącznik nr 1 do Regulaminu

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

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

Adres podmiotu

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

Rodzaj rejestru, NIP

**Oferta**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

***Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie:***

**Pakiet nr 1\*:**

* Część I - w zakresie rehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach oddziału / ośrodka dziennego
* Część II - w zakresie rehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach oddziału stacjonarnego

**Pakiet nr 2\*:**

* w zakresie kardiochirurgii realizowanej w warunkach oddziału stacjonarnego

w ramach współpracy stron w zakresie realizacji umowy zawartej przez Szpital Powiatowy   
w Chrzanowie (Koordynatora) z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał).

***\*****w przypadku złożenia oferty częściowej, tj. na jeden z pakietów lub na jedną część z pakietu nr 1 - niepotrzebne skreślić*

***W niniejszej ofercie składam następującą ofertę cenową:***

**PAKIET NR 1\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Część** | **Rodzaj świadczenia** | **Oferowany procent wagi punktowej produktu wskazanego do rozliczenia /wartości osobodnia** |
| I | rehabilitacja kardiologicznej realizowana w warunkach oddziału / ośrodka dziennego, |  |
| II | rehabilitacja kardiologiczna realizowana w warunkach oddziału stacjonarnego. |  |

**PAKIET NR 2\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj świadczenia** | **Oferowany procent wartości wskazanej do rozliczenia grupy JGP** |
| 1 | świadczenia kardiochirurgiczne realizowane w warunkach oddziału stacjonarnego |  |

*\*wypełnić w zakresie składanej oferty na wybrany pakiet lub część pakietu*

*Oferowana cena realizacji w/w świadczeń to procent ceny zaproponowany przez Oferenta w stosunku do aktualnej na dzień ogłoszenia postępowania ceny / wartości produktu wskazanego do rozliczenia określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jednak nie więcej niż 90% – w przypadku pakietu 1, 95% w przypadku pakietu nr 2.*

***W ramach niniejszej oferty, dodatkowo deklaruję:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium dodatkowo oceniane** | **Maksymalna ilość punktów** | **TAK/NIE\*** |
| **1** | Posiadanie minimum 5-letniego doświadczenia w realizacji świadczeń będących przedmiotem zamówienia w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia doświadczenie w realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej | **5** |  |
| **2** | Zapewnienie udzielenia świadczenia w ciągu 14 dni od wypisu ze szpitala (liczone od momentu zakończenia rewaskularyzacji po wypisie (zarówno za pomocą PCI jak i CABG | **10** |  |
| **3** | Zapewnienie transportu pacjentów do miejsca udzielania świadczeń i z powrotem po udzieleniu świadczenia | **5** |  |

*\*wpisać odpowiednio*

Zobowiązuję się do współpracy z Koordynatorem nadzorującym plan leczenia pacjenta oraz do realizacji w/w świadczeń zdrowotnych po uzgodnieniu terminu przez wskazanego / uprawnionego pracownika Udzielającego Zamówienia (Koordynatora) z wskazanym / upoważnionym pracownikiem Przyjmującego zamówienie: bezpośrednio, telefonicznie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej oraz w terminie określonym w wymogach Ministra Zdrowia i NFZ określonych dla realizacji świadczeń kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał).

……………………………...

Pieczątka i podpis