Załącznik nr 1

Znak sprawy: SO.272/K/1/2026

Wykaz świadczeń medycznych – **formularz cenowy i wymagania:**

Przedmiotem zamówienia jest**:**

a) w zakresie **pełnienia stacjonarnych dyżurów w Izbie Przyjęć i w Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych przez lekarki specjalistki / lekarzy specjalistów i/lub rezydentki / rezydentów z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu** w ilości i cenie:

L.p.	Rodzaj świadczenia usługi	Liczba godzin dyżurowych na 24 m-ce	Cena jednostkowa w zł / h	Wartość brutto w zł / 24 m-ce
1.	Pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych **w Izbie Przyjęć** **w dni robocze.**	……. h **z max. 12 168 h** w dni robocze od godz. 15:00 do godz. 7:25 dnia następnego lub w razie potrzeby od godz. 7:25 do godz. 7:25 dnia następnego		
2	Pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych **w Izbie Przyjęć** **w dni świąteczne.**	……. h **z max. 5 376 h** w dni świąteczne od godz. 7:25 do godz. 7:25 dnia następnego		
3	Pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych **w Oddziałach Urazowo-Ortopedycznych w dni robocze.**	……. h **z max. 12 168 h** w dni robocze od godz. 15:00 do godz. 7:25 dnia następnego lub w razie potrzeby od godz. 7:25 do godz. 7:25 dnia następnego		

4	Pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych **w Oddziałach Urazowo-Ortopedycznych <u>w dni świąteczne.</u>**	……. h **z max. 5 376 h** w dni świąteczne od godz. 7:25 do godz. 7:25 dnia następnego		
			RAZEM	
		Uśredniona cena jednostkowa wszystkich ww. świadczeń *(proszę obliczyć średnią arytmetyczną do pełnych złotych)*		

b) w zakresie **zabezpieczenia świadczenia usług medycznych w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni Urazowo – Ortopedycznej przez lekarki specjalistki / lekarzy specjalistów i/lub rezydentki / rezydentów z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu** w ilości:

L.p.	Rodzaj świadczenia usługi	Liczba punktów z NFZ na 24 m-ce	% wartości świadczenia za 1 punkt NFZ
1.	**Zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS) w Poradni Urazowo – Ortopedyczne**	**250 000 pkt.**	……. %

<u>Realizacja świadczeń:</u>

1. Realizacja w okresie od 01.07.2026 r. do 30.06.2028 r.
2. Realizacja świadczeń w zakresie dyżurów będzie następowała w dni robocze w godzinach od 15:00 do 7:25 dnia następnego lub w razie potrzeby od 7:25 do 7:25 dnia następnego oraz w dni świąteczne w godzinach od 7:25 do 7:25 dnia następnego.
3. Dyżur medyczny w dni robocze w godzinach od 15:00 do 7:25 dnia następnego będzie podzielony na dwa zakresy godzinowe, tj. od godz. 15:00 do godz. 20:00 oraz od godz. 20:00 do godz. 7:25 dnia następnego, w których świadczenie usług medycznych odbywało się będzie rotacyjnie pomiędzy dyżurem medycznym w Izbie Przyjęć a dyżurem medycznym w Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych. Ww. zakresy godzin mogą ulec zmianie w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta i innych, których nie dało się przewidzieć na dzień ogłaszania postępowania konkursowego.

4. **Należy zaproponować liczbę godzin w każdym z ww. rodzajów świadczenia usługi.**
5. Świadczenie usług medycznych w Poradni Specjalistycznej w ramach AOS będzie odbywało się w dni robocze w godzinach od 7:25 do 15:00.
6. Dniami roboczymi są dni od poniedziałku do piątku, natomiast przez dni świąteczne należy rozumieć soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy.

Minimalna liczba osób udzielających świadczenie:

2 osoby zgodnie z przyjętymi kryteriami oceny w zakresie dyżurów.
1 osoba zgodnie z przyjętymi kryteriami oceny w Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej.

Miejsce wykonywania świadczenia:

Izba Przyjęć, Oddziały Urazowo – Ortopedyczne, Zespół Sal Operacyjnych, Poradnia Urazowo – Ortopedyczna Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich.

Wymagania:

1. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie w trybie stacjonarnym w siedzibie Zamawiającego potwierdzone oświadczeniem stanowiącym załącznik nr 4 do SWK.
2. Lekarka specjalistka / lekarz specjalista lub lekarka rezydentka / lekarz rezydent po ukończeniu drugiego roku rezydentury potwierdzone odpowiednio: dyplomem specjalizacji / zaświadczeniem stanowiącym załącznik nr 6 do SWK.
3. Dopuszczenie lekarki rezydentki / lekarza rezydenta do wykonywania świadczeń przez Kierownika Specjalizacji, wyrażone zaświadczeniem, stanowiącym załącznik nr 6 do SWK, potwierdzającym gotowość do podjęcia samodzielnej pracy przez lekarkę rezydentkę / lekarza rezydenta.
4. Co najmniej jednoroczny staż w pracy w Izbie Przyjęć Ortopedycznej / Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych i / lub w Poradni Urazowo – Ortopedycznej, w których lekarka rezydentka / lekarz rezydent świadczy usługi medyczne objęte postępowaniem konkursowym, potwierdzony zaświadczeniem z podmiotu leczniczego stanowiącym załącznik nr 7 do SWK.
5. Udokumentowane posiadanie certyfikatu ukończenia kursu ochrony radiologicznej pacjenta ORP.
6. Dostępność przez 7 dni w tygodniu w godzinach określonych w powyższej tabeli.

Zakres obowiązków:

a) w zakresie pełnienia stacjonarnych dyżurów w Izbie Przyjęć i w Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych:

1. Zapewnienie opieki lekarskiej pacjentom w Izbie Przyjęć oraz Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych w ramach dyżurów medycznych.

2. Współpraca z personelem oddziałów oraz innych komórek organizacyjnych Udzielającego Zamówienia.
3. Udzielanie porad ambulatoryjnych w Izbie Przyjęć Udzielającego Zamówienia.
4. Prowadzenie procesu leczenia zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegawczymi i leczenia chorób.
5. Prowadzenie sprawozdawczości z realizacji zadań zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu standardami dokumentacji medycznej.
6. Udzielanie informacji pacjentowi i osobie upoważnionej przez pacjenta o sposobach leczenia i diagnostyki.
7. Asysta do zabiegów w ramach dyżurów medycznych.
8. Wykonywanie innych czynności zleconych przez Kierownika Izby Przyjęć, jak również kierownika dyżuru Izby Przyjęć oraz Oddziałów Urazowo – Ortopedycznych.

b) w zakresie **zabezpieczenia świadczenia usług medycznych w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni Urazowo – Ortopedycznej:**

1. Przyjmowanie pacjentów poizbowych, pierwszorazowych oraz pozabiegowych w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni Urazowo – Ortopedycznej dla dorosłych, z zastrzeżeniem pkt. 2.
2. W ramach świadczenia usług w Poradni Urazowo – Ortopedycznej Personel świadczący usługi w imieniu Przyjmującego Zamówienie jest zobowiązany do przyjęcia, każdorazowo, w trakcie jednego dnia roboczego świadczenia usług w Poradni, min. 24 pacjentów poizbowych. Udzielający Zamówienia dopuszcza przyjmowanie pacjentów pierwszorazowych oraz pozabiegowych dopiero po zrealizowaniu w danym dniu porad na rzecz wskazanego wyżej minimum w zakresie liczby pacjentów poizbowych, chyba że ich przyjęcie we wskazanej ilości nie będzie możliwe z przyczyn niezależnych od Przyjmującego Zamówienie.

.....

Podpis i pieczęć osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania
Przyjmującego Zamówienie

Załącznik nr 2

Znak sprawy: SO.272/K/1/2026

……
Pieczęć firmowa Oferenta

Miejscowość …….. dnia ……..

FORMULARZ OFERTOWY

Oferta
dla Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej
im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich,
ul. Bytomska 62, 41 – 940 Piekary Śląskie

I. DANE OFERENTA:

Nazwa Oferenta ……

Siedziba Oferenta ……

NIP…… Regon ……

Tel. …… e-mail: ……

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

……

II. TERMIN REALIZACJI:

Realizacja w okresie od 01.07.2026 r. do 30.06.2028 r.

III. CENA:

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu **SO.272/K/1/2026 na pełnienie stacjonarnych dyżurów w Izbie Przyjęć i w Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych przez lekarki specjalistki / lekarzy specjalistów i/lub rezydentki / rezydentów z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni Urazowo – Ortopedycznej** za cenę łączną (zgodnie z sumą z załącznika nr 1 do SWK):

…… (słownie)……
w okresie obowiązywania umowy.

1. Stawka za pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych w Izbie Przyjęć w dni robocze w godzinach od 15:00 do 7:25 dnia następnego, opcjonalnie od 7:25 do 7:25 dnia następnego : …….. zł brutto za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Stawka za pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych w Izbie Przyjęć w dni wolne w godzinach od 7:25 do 7:25 dnia następnego: …….. zł brutto za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. Stawka za pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych w Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych w dni robocze w godzinach od 15:00 do 7:25 dnia następnego, opcjonalnie od 7:25 do 7:25 dnia następnego: …….. zł brutto za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Stawka za pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych w Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych w dni wolne w godzinach od 7:25 do 7:25 dnia następnego: …….. zł brutto za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych.
5. **Uśredniona cena jednostkowa wszystkich ww. świadczeń …….. zł**
   (proszę przenieść obliczoną średnią arytmetyczną z tabeli z zał. nr 1 do SWK)
6. …….. % wartości świadczenia za 1 pkt. zgodnie z obowiązującym Zarządzeniem Prezesa NFZ w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS) za świadczenia zrealizowane w Poradni Urazowo – Ortopedycznej.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że cena brutto oferty, uśredniona cena jednostkowa świadczonych usług oraz % wartość punktu z NFZ za świadczenia zrealizowane w ramach AOS-u stanowi wartość pomocniczą do porównania ofert, maksymalną wartość umowy określa Zamawiający w treści umowy, ceny jednostkowe przyjęte do wyliczenia ceny brutto oferty stanowią podstawę rozliczeń między Stronami.

IV. JAKOŚĆ i KOMPLEKSOWOŚĆ:

Dane personelu odpowiedzialnego za realizację zadania będącego przedmiotem konkursu:

L. p.	Imię, nazwisko osoby biorącej udział w realizacji zamówienia	Doświadczenie zawodowe – ilość lat świadczenia usług w zakresie objętym przedmiotem zamówienia	Kwalifikacje zawodowe: specjalistka / specjalista / rezydentka / rezydent	Liczba lat specjalizacji / rezydentury	Miejsce świadczenia usługi: Izba Przyjęć / Oddział / Por. Specj.	Opinia z podmiotu leczniczego (Zał. nr 8 do SWK) TAK / NIE
1.						
2.						

L. p.	Imię, nazwisko osoby biorącej udział w realizacji zamówienia	Doświadczenie zawodowe – ilość lat świadczenia usług w zakresie objętym przedmiotem zamówienia	Kwalifikacje zawodowe: specjalistka / specjalista / rezydentka / rezydent	Liczba lat specjalizacji / rezydentury	Miejsce świadczenia usługi: Izba Przyjęć / Oddział / Por. Specj.	Opinia z podmiotu leczniczego (Zał. nr 8 do SWK) TAK / NIE
3.						
4.						
5.						
…						

Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia stacjonarnych dyżurów w Izbie Przyjęć i w Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych to 2 osoby, natomiast w ramach świadczenia usług w zakresie AOS w Poradni Specjalistycznych – 1 osoba.

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium jakość:

- Zapewnienie co najmniej 2 osób posiadających dyplom specjalizacji z ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub w przypadku lekarki rezydentki / lekarza rezydenta doświadczenie w dyżurowaniu w Izbie Przyjęć Urazowo–Ortopedycznej / Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych i / lub doświadczenie w świadczeniu usług medycznych w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni Urazowo – Ortopedycznej powyżej 2 lat potwierdzone zaświadczeniem stanowiącym zał. nr 7 do SWK – 100 pkt.
- Zapewnienie mniej niż 2 osób posiadających dyplom specjalizacji z ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub w przypadku lekarki rezydentki / lekarza rezydenta doświadczenie w dyżurowaniu w Izbie Przyjęć Urazowo–Ortopedycznej / Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych i / lub doświadczenie w świadczeniu usług medycznych w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni Urazowo – Ortopedycznej od 1 oku do 2 lat potwierdzone zaświadczeniem stanowiącym zał. nr 7 do SWK – 0 pkt.

Wymagany co najmniej jednoroczny staż w świadczeniu usług w zakresie objętym postępowaniem konkursowym w Izbie Przyjęć Ortopedycznej / Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych i / lub w Poradni Urazowo – Ortopedycznej, potwierdzony zaświadczeniem z podmiotu leczniczego stanowiącym załącznik nr 7 do SWK. Brak zaświadczeń poskutkuje odrzuceniem oferty.

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość:

- Zapewnienie co najmniej 2 osób posiadających pozytywne opinie z innych podmiotów, w których personel Oferenta świadczy usługi objęte postępowaniem konkursowym wyrażone załącznikiem nr 8 do SWK – 100 pkt.
- Zapewnienie mniej niż 2 osób posiadających pozytywne opinie z innych podmiotów, w których personel Oferenta świadczy usługi objęte postępowaniem konkursowym wyrażone załącznikiem nr 8 do SWK – 0 pkt.

V. DOSTĘPNOŚĆ:

Zamawiający wymaga dostępności 7 dni w tygodniu wg godzin określonych w załączniku nr 1 do SWK.

1) Weryfikacja dostępności w zakresie dyżurów:

Dni udzielania świadczeń zdrowotnych	**Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów od – do**	**Dostępność TAK / NIE**
Dni robocze	15:00 – 7:25 dnia następnego lub w razie potrzeby 7:25 – 7:25 dnia następnego	
Sobota	7:25 – 7:25 dnia następnego	
Niedziela	7:25 – 7:25 dnia następnego	
Święta	7:25 – 7:25 dnia następnego	

Zamawiający wymaga dostępności w zakresie dyżurów przez 7 dni w tygodniu.
Brak spełnienia warunku poskutkuje odrzuceniem oferty.

L. p.	Imię, nazwisko osoby biorącej udział w realizacji zamówienia	Dostępność **w zakresie dyżurów**

		przez 7 dni w tygodniu TAK / NIE
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
…		

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium dostępność:

- Zapewnienie co najmniej 3 osób deklarujących dostępność 7 dni w tygodniu w zakresie dyżurów w okresie obowiązywania umowy – 100 pkt.
- Zapewnienie 2 osób lub mniej deklarujących dostępność 7 dni w tygodniu w zakresie dyżurów w okresie obowiązywania umowy – 0 pkt.

2) Weryfikacja dostępności w zakresie AOS-u:

Dni udzielania świadczeń zdrowotnych	**Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych w AOS-ie od – do**	Dostępność **w zakresie AOS-u TAK / NIE**
Poniedziałek	7:25 – 15:00	
Wtorek	7:25 – 15:00	
Środa	7:25 – 15:00	
Czwartek	7:25 – 15:00	
Piątek	7:25 – 15:00	

L. p.	Imię, nazwisko osoby biorącej udział w realizacji zamówienia	Liczba dni dostępności w tygodniu

		w zakresie AOS-u
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
…		

Zamawiający wymaga dostępności co najmniej 1 osoby nie mniej niż 1 dzień w tygodniu. Brak spełnienia warunku poskutkuje odrzuceniem oferty.

VI. CIĄGŁOŚĆ:

L. p.	Imię, nazwisko osoby biorącej udział w realizacji zamówienia	Gotowość do podjęcia współpracy na cały okres obowiązywania umowy TAK / NIE
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
…		

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium ciągłość:

- Zapewnienie co najmniej 2 osób deklarujących gotowość do podjęcia współpracy na cały okres obowiązywania umowy – 100 pkt.
- Zapewnienie mniej niż 2 osób deklarujących gotowość do podjęcia współpracy na cały okres obowiązywania umowy – 0 pkt.

VII. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:

1. Sposób przyjmowania zgłoszeń: ……

Sposób świadczenia usług będzie ustalany w miesięcznych harmonogramach, jednak zgodnie z załącznikiem nr 1.

2. Osoby odpowiedzialne za realizację zamówienia oraz nr telefonu kontaktowego:

……

……

Podpis i pieczęć osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania
Przyjmującego Zamówienie