Załącznik nr 1

Znak sprawy: SO.272/K/3/2026

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

Usługi medyczne w zakresie badań i zabiegów endoskopowych od dnia 01.11.2026 r. do dnia 31.10.2028 r.:

L. p.	Rodzaj świadczenia usługi	Ilość w okresie obowiązywania umowy	Cena jednostkowa usługi	Wartość łączna
1	Gastroskopia w siedzibie Przyjmującego Zamówienie	5		
2	Gastroskopia w siedzibie Udzielającego Zamówienia	5		
3	Gastroskopia z testem w siedzibie Przyjmującego Zamówienie	5		
4	Gastroskopia z testem w siedzibie Udzielającego Zamówienia	5		
5	Gastroskopia z wycinkiem i badaniem histopatologicznym w siedzibie Przyjmującego Zamówienie	5		
6	Gastroskopia z wycinkiem i badaniem histopatologicznym w siedzibie Udzielającego Zamówienia	5		
7	Rectoskopia w siedzibie Przyjmującego Zamówienie	5		
8	Rectoskopia w siedzibie Udzielającego Zamówienia	5		
9	Kolonoskopia z wycinkiem i badaniem histopatologicznym w siedzibie Przyjmującego Zamówienie	5		
10	Kolonoskopia z wycinkiem i badaniem histopatologicznym w siedzibie Udzielającego Zamówienia	5		
11	Kolonoskopia w siedzibie Przyjmującego Zamówienie	5		
12	Kolonoskopia w siedzibie Udzielającego Zamówienia	5		
13	Polipectomia	10		

L. p.	Rodzaj świadczenia usługi	Ilość w okresie obowiązywania umowy	Cena jednostkowa usługi	Wartość łączna
14	Znieczulenie dożylne do badania endoskopowego w siedzibie Przyjmującego Zamówienie *	30		
15	Przezskórna gastrostomia PEG	10		
		RAZEM		

* Znieczulenie do usług świadczonych w siedzibie Udzielającego Zamówienia zostanie wykonane przez personel zatrudniony u Udzielającego Zamówienia.

Wymagania:

1. Odległość pomiędzy siedzibą Zamawiającego i miejscem świadczenia usług u Wykonawcy nie może być większa niż 30 km.
2. Wymóg bezwzględny, aby zabiegi i badania specjalistyczne, w zależności od stanu pacjenta, były realizowane w siedzibie Zamawiającego (Udzielającego Zamówienia) lub Wykonawcy (Przyjmującego Zamówienie).

……

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

Załącznik nr 2

Znak sprawy: SO.272/K/3/2026

……
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:

Od daty zawarcia na okres od dnia 01.11.2026 r. do dnia 31.10.2028 r.

III. CENA:

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu SO.272/K/3/2026 na zabezpieczenie świadczenia usług medycznych z zakresu badań i zabiegów endoskopowych za cenę łączną (zgodnie z sumą z załącznika nr 1 do SWK):

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

Do oceny ofert w kryterium nr 1 (cena) posłuży suma cen jednostkowych wszystkich badań uwzględnionych w formularzu cenowym stanowiącym załącznik nr 1 do SWK.

Suma cen jednostkowych wszystkich badań: …… zł
(proszę przenieść wartość z tabeli z Zał. nr 1)

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że suma cen jednostkowych wszystkich badań oraz cena brutto oferty 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:

Dane personelu odpowiedzialnego za realizację zadania będącego przedmiotem konkursu:

L. p.	Imię, nazwisko osoby biorącej udział w realizacji zamówienia	Kwalifikacje zawodowe – tytuł naukowy	Doświadczenie zawodowe – ilość lat pracy w zakresie objętym umową	Rola w realizacji zamówienia
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
…				

Minimalna liczba osób udzielających świadczenie zdrowotne …….. .

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium jakość:

- Co najmniej 1 osoba wykonująca usługę z tytułem naukowym dr. n. med. – 100 pkt.
- Brak wśród osób wykonujących usługę osoby z tytułem naukowym dr. n. med. – 0 pkt.

V. KOMPLEKSOWOŚĆ:

Doświadczenie personelu wykonującego zabiegi/badania	**Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.**
10 lat i więcej	
Poniżej 10 lat	

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość:

- Doświadczenie personelu wykonującego badania / zabiegi 10 lat i więcej – 100 pkt.
- Doświadczenie personelu wykonującego badania / zabiegi poniżej 10 lat – 0 pkt.

VI. DOSTĘPNOŚĆ:

Dni udzielania świadczeń zdrowotnych	Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych od – do
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	

a) Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium dostępność:

- Dostępność przez 7 dni w tygodniu – 100 pkt.
- Dostępność mniejsza niż przez 7 dni w tygodniu – 0 pkt.

VII. CIĄGŁOŚĆ:

Odległość pomiędzy siedzibą Zamawiającego i miejscem świadczenia usług u Wykonawcy nie może być większa niż 30 km.

Oświadczam, że w przypadku możliwości przetransportowania pacjenta badania / zabiegi endoskopowe będą wykonywane w …… (proszę podać adres), tj. odległość miejsca wykonywania świadczeń u Wykonawcy od siedziby Zamawiającego wynosi ……. km.

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium nr 5 – ciągłość:

- Odległość miejsca wykonywania świadczeń u Wykonawcy do 10 km włącznie od siedziby Zamawiającego: Piekary Śląskie, ul. Bytomska 62 – 100 pkt.
- Odległość miejsca wykonywania świadczeń u Wykonawcy powyżej 10 km od siedziby Zamawiającego: Piekary Śląskie, ul. Bytomska 62 – 0 pkt.

VIII. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:

1. Sposób przyjmowania zgłoszeń: ……
2. Przewidywany czas oczekiwania:
   - w trybie normalnym: ……
   - w trybie CITO: ……

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

……

……

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