

Załącznik nr 1 – załącznik do oferty

Zabrze, dnia

.....

(nazwa)

.....

(adres)

.....

(NIP)

.....

(REGON)

.....

(telefon)

Oferta zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu oraz ogłoszenia o konkursie ofert.
2. Działając jako podmiot wykonujący działalność leczniczą pod nazwą
z siedzibą w, posiadając wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem przedstawiam ofertę zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie – konsultacje.
3. Usługi medyczne będące przedmiotem niniejszego konkursu będą przeze mnie wykonywane wyłącznie w siedzibie ŚCCS w Zabrze.
4. Usługi zdrowotne będę wykonywał osobiście/będzie wykonywał w moim imieniu*
posiadając następujące kwalifikacje:
.....
.....
5. Za świadczone przeze mnie usługi zdrowotne proponuję należności zgodnie z PAKIETEM nr oraz Załącznikiem do oferty.

.....

(pieczęć i podpis Oferenta)

* niepotrzebne skreślić

Konsultacja specjalistyczna z zakresu neurologii dziecięcej lub psychiatrii dziecięcej lub położnictwa i ginekologii lub dermatologii i wenerologii lub psychiatrii lub nefrologii lub radioterapii onkologicznej lub neurochirurgii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej lub otolaryngologii dziecięcej lub endokrynologii dziecięcej lub ginekologii dziecięcej lub nefrologii dziecięcej na rzecz pacjentów hospitalizowanych

Konsultacja specjalistyczna -,- zł

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

Konsultacja specjalistyczna z zakresu neurologii na rzecz pacjentów hospitalizowanych

Konsultacja specjalistyczna -,- zł

Wykonanie ultrasonografii przezczaszkowej naczyń mózgowych - ,- zł

Orzekanie o ustaniu czynności mózgu - ,- zł

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

**Konsultacja specjalistyczna oraz zabiegi z zakresu chirurgii
klatki piersiowej na rzecz pacjentów hospitalizowanych**

- Konsultacja specjalistyczna -,- zł

- Wykonanie zabiegu torakochirurgicznego -,- zł

- Drenaż lub bronchofiberoskopia na rzecz pacjentów hospitalizowanych w Śląskim Centrum
Chorób Serca -,- zł

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

**Konsultacja specjalistyczna oraz zabiegi z zakresu chirurgii
klatki piersiowej na rzecz pacjentów hospitalizowanych**

- Konsultacja specjalistyczna -,- zł

- Wykonanie zabiegu torakochirurgicznego -,- zł

- Wykonanie zabiegu fundoplikacji -,- zł

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

Konsultacja specjalistyczna oraz zabiegi z zakresu laryngologii lub otorynolaryngologii na rzecz pacjentów hospitalizowanych

Konsultacja specjalistyczna -,- zł

Wykonanie zabiegu tracheotomii -,- zł

Wykonanie drobnego zabiegu laryngologicznego -,- zł

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

**Konsultacja specjalistyczna z zakresu chirurgii
stomatologicznej na rzecz pacjentów hospitalizowanych**

- | | |
|---|------------|
| 1. Konsultacja – ustalenie planu leczenia |,- zł |
| 2. Ekstrakcja zęba mlecznego |,- zł |
| 3. Ekstrakcja zęba stałego |,- zł |
| 4. Nacięcie ropnia |,- zł |
| 5. Znieczulenie miejscowe |,- zł |
| 6. Szycie rany |,- zł |

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

Konsultacja specjalistyczna leczenie i profilaktyka w zakresie stomatologii dziecięcej lub ortodoncji na rzecz pacjentów hospitalizowanych

1. Konsultacja – ustalenie planu leczenia	,- zł
2. Zdjęcie rtg panoramiczne	,- zł
3. Leczenie zęba mlecznego	,- zł
4. Leczenie przewodowe zęba mlecznego	,- zł
5. Leczenie zęba stałego z wypełnieniem (jednopowierzchniowego)	,- zł
6. Leczenie zęba stałego z wypełnieniem (wielopowierzchniowego)	,- zł
7. Laserowe leczenie hybrydowe zęba mlecznego z wypełnieniem	,- zł
8. Odbudowa estetyczna	,- zł
9. Otwarcie zęba mlecznego	,- zł
10. Ekstrakcja zęba mlecznego	,- zł
11. Fluoryzacja – całe uzębienie	,- zł
12. Ozonowanie zębów mlecznych – całe uzębienie	,- zł
13. Ozonowanie zęba stałego – leczenie próchnicy wczesnej (1 ząb)	,- zł
14. Ozonowanie z lakowaniem zęba stałego (1 ząb)	,- zł
15. Lakowanie zęba mlecznego – wypełnienie bruzd i szczelin (1 ząb)	,- zł
16. Lakowanie zęba stałego – wypełnienie bruzd i szczelin (1 ząb)	,- zł
17. Lapisowanie (od jednej wizyty)	,- zł
18. Utrzymywacz przestrzeni (1 pkt)	,- zł
19. Ozonowanie błony śluzowej (dezynfekcja, afty, opryszczka, nadżerki)	,- zł
20. Znieczulenie komputerowe przy leczeniu	,- zł
21. Maseczka do podtlenku (koszt jednorazowy)	,- zł
22. Podtlenek azotu	,- zł
23. Znieczulenie ogólne – narkoza	,- zł

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

Konsultacja specjalistyczna z zakresu urologii na rzecz pacjentów hospitalizowanych

- | | |
|--|--------------|
| 1. Konsultacja specjalistyczna | -,- zł |
| 2. Konsultacja + cewnikowanie | -,- zł |
| 3. Płukanie pęcherza | -,- zł |
| 4. Konsultacja +USG | -,- zł |
| 5. Obrzezanie, plastyka napletka, zaopatrzenie załupka | -,- zł |
| 6. Cystostomia | -,- zł |

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

Konsultacja specjalistyczna z zakresu gastroenterologii lub chirurgii ogólnej lub chorób wewnętrznych na rzecz pacjentów hospitalizowanych

- Konsultacja w miejscu wezwania wraz z dojazdem -,- zł
- Panendoskopia diagnostyczna z konsultacją -,- zł
- Panendoskopia zabiegowa wraz z tamowaniem krwawienia metodą iniekcyjną z użyciem instrumentarium jednorazowego użytku -,- zł
- Zabieg tamowania krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego z użyciem jednorazowej klipsownicy naczyniowej -,- zł
- Zabieg tamowania krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego z użyciem dwóch klipsownic naczyniowych -,- zł
- Panendoskopia wraz z implantacją sondy odżywczej PEG -,- zł
- Panendoskopia i kolonoskopia diagnostyczna z konsultacją -,- zł
- Kolonoskopia diagnostyczna z konsultacją -,- zł
- Kolonoskopia zabiegowa wraz z tamowaniem krwawienia metodą iniekcyjną z użyciem instrumentarium jednorazowego użytku -,- zł
- Kolonoskopowe tamowanie krwawienia z użyciem jednorazowej klipsownicy naczyniowej -,- zł
- Kolonoskopowe tamowanie krwawienia z użyciem dwóch klipsownic naczyniowych -,- zł

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

**Konsultacja specjalistyczna z zakresu chirurgii ogólnej na
rzecz pacjentów hospitalizowanych**

- | | |
|--|--------------|
| 1. konsultacja | -,- zł |
| 2. zabiegi z zakresu chirurgii ogólnej | -,- zł |
| 3. leczenie ran metodą VAC | -,- zł |

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

Konsultacja specjalistyczna z zakresu chirurgii szczękowo-twarzowej na rzecz pacjentów hospitalizowanych

1. Konsultacja specjalistyczna (plan leczenia, ściągnięcie szwów) -,- zł
2. Ekstrakcja siekacza (w tym znieczulenie) -,- zł
3. Ekstrakcja p/ trzonowca (w tym znieczulenie) -,- zł
4. Ekstrakcja trzeciego trzonowca (w tym znieczulenie) -,- zł
5. Chirurgiczne zaopatrzenie zębodołu -,- zł
6. Chirurgiczne zaopatrzenie połączenie ustno- zatokowego -,- zł

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

Załącznik nr 3 do Regulaminu

Załącznik nr 3 do oferty

Zabrze, dnia

.....
(Nazwisko i imię Oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

***Oświadczam, że spełniam wymagania określone w pkt III ust. 4 „Regulaminu konkursu ofert o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarzy wykonujących konsultacje lub zabiegi na rzecz pacjentów Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu z zakresu: neurologii dziecięcej, psychiatrii dziecięcej, neurologii, chirurgii klatki piersiowej, położnictwa i ginekologii, dermatologii i wenerologii, laryngologii, otolaryngologii, otorynolaryngologii, psychiatrii, nefrologii, chirurgii stomatologicznej, stomatologii dziecięcej, ortodoncji, radioterapii onkologicznej, urologii, gastroenterologii, chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, chirurgii szczękowo-twarzowej, neurochirurgii dziecięcej, chirurgii dziecięcej, otolaryngologii dziecięcej, endokrynologii dziecięcej, ginekologii dziecięcej, nefrologii dziecięcej” zgodnie z PAKIETEM nr
(należy wpisać numer pakietu).***

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

Załącznik nr 4 do Regulaminu

Załącznik nr 4 do oferty

Zabrze, dnia

.....
(Nazwisko i imię Oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że na dzień składania przeze mnie oferty nie uległ zmianie stan potwierdzony następującymi dokumentami (odpowiednie zaznaczyć):

- a) kserokopia dyplomu ukończenia studiów medycznych ☐
- b) kserokopia prawa wykonywania zawodu ☐
- c) kserokopia dyplomu specjalizacji ☐
- d) wypis z ewidencji działalności gospodarczej lub KRS ☐
- e) dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wydruk księgi rejestrowej) w zakresie przedmiotu zamówienia ☐
- f) polisa obowiązkowego ubezpieczenia OC ☐
- g) aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zadań lekarza ☐

.....
(podpis i pieczęć składającego oświadczenie)

Załącznik nr 5 do Regulaminu

Załącznik nr 5 do oferty

Zabrze, dnia

.....
(Nazwisko i imię Oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu jako administratora moich danych osobowych w zakresie:

Numer pesel

Imię

Nazwisko

Nazwisko rodowe

Imię ojca

Imię matki

Data urodzenia

w celu sprawdzenia czy moje dane zostały zamieszczone w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym na podstawie art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

.....
(podpis i pieczęć składającego oświadczenie)

Załącznik nr 6 do Regulaminu

Zabrze, dnia

.....
(Nazwisko i imię)

OŚWIADCZENIE

W związku z treścią art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich oświadczam, że :

***(proszę wybrać i zaznaczyć właściwy kwadrat lub kwadraty)**

1. (dotyczy wyłączenie obywateli polskich którzy nie zamieszkiwali w innym państwie niż Polska)

☐ w ciągu ostatnich 20 lat przed dopuszczeniem mnie do świadczenia usług związanych z leczeniem i opieką nad małoletnimi **posiadam wyłącznie polskie obywatelstwo i nie zamieszkiwałam/em w inny państwie niż Rzeczpospolitej Polskiej**, w związku z powyższym przedkładam wyłącznie Informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w Rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, art. 189a i art.207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii wydaną w dniu

2. (dotyczy obywateli państw obcych, którzy nie zamieszkiwali w innym państwie niż państwo ich obywatelstwa i Polska)

☐ **posiadam obywatelstwo państwa**,

w ciągu ostatnich 20 lat przed dopuszczeniem mnie do świadczenia usług związanych z leczeniem i opieką nad małoletnimi **nie zamieszkiwałam/em w inny państwie niż**

Rzeczpospolita Polska i państwo mojego obywatelstwa w związku z tym przedkładam:

a) informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego wydaną w dniu

b) ☐ informację z rejestru karnego państwa mojego obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi wydaną w dniu **/lub**

☐ oświadczam, iż w państwie mojego obywatelstwa nie jest wydawana taka informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi więc przedkładam informację z rejestru karnego państwa mojego obywatelstwa wydana w dniu **/lub**

☐ państwo mojego obywatelstwa nie przewiduje sporządzenia informacji wskazanej powyżej **i /lub** nie prowadzi się w nim rejestru karnego*, w związku czym oświadczam, że nie byłem/łam prawomocnie skazany/na w państwie mojego obywatelstwa za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż

dopuszcilem/łam się takich czynów zabronionych, oraz że nie mam obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

3. (dotyczy obywateli polskich i obcych, którzy zamieszkiwali w innych państwach niż Polska lub państwo obywatelstwa)

☐ w ciągu ostatnich 20 lat przed dopuszczeniem mnie do pracy lub innej działalności związanej z leczeniem i opieką nad małoletnimi **zamieszkiwałam/em w inny państwie niż**

Rzeczpospolita Polska i państwo mojego obywatelstwa tj:

w, w okresie od do (proszę podać lata)

w, w okresie od do (proszę podać lata)

***w przypadku zamieszkiwania w większej ilości państw proszę wymienić wszystkie w związku z tym przedkładam:**

a) informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego wydaną w dniu,

b) ☐ informację z rejestru karnego państwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi wydaną w dniu /lub

☐ oświadczam, iż w państwie nie jest wydawana taka informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi więc przedkładam informację z rejestru karnego państwa wydaną w dniu /lub

☐ państwonie przewiduje sporządzenia informacji wskazanej powyżej i /lub nie prowadzi się w nim rejestru karnego*, w związku czym oświadczam, że nie byłem/łam prawomocnie skazany/na w państwie mojego obywatelstwa za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłem/łam się takich czynów zabronionych, oraz że nie mam obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

c) ☐ informację z rejestru karnego państwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi wydaną w dniu /lub

☐ oświadczam, iż w państwie nie jest wydawana taka informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi więc przedkładam informację z rejestru karnego państwa wydaną w dniu /lub

☐ państwonie przewiduje sporządzenia informacji wskazanej powyżej i **/lub** nie prowadzi się w nim rejestru karnego*, w związku czym oświadczam, że nie byłem/łam prawomocnie skazany/na w państwie mojego obywatelstwa za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłem/łam się takich czynów zabronionych, oraz że nie mam obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

Oświadczam, że wskazane wyżej dane oraz podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym a składają niniejsze oświadczenie jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(podpis i pieczęć składającego oświadczenie)