

pieczęć oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

w zakresie:

- wykonywania zabiegów urologicznych, ginekologicznych i chirurgicznych z wykorzystaniem robota da Vinci, w tym kwalifikacje do tych zabiegów.

Udzielający Zamówienia:

.....

I. Dane Oferenta:

Nazwa Oferenta

.....
.....

Siedziba Oferenta

.....
.....

NIP REGON

Tel. Fax e-mail

Nr wpisu do rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej

.....
Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Nazwa banku i nr rachunku bankowego

.....

II. Przystępując do postępowania konkursowego oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO) w zakresie:

- wykonywania zabiegów urologicznych, ginekologicznych i chirurgicznych z wykorzystaniem robota chirurgicznego, w tym kwalifikacje do tych zabiegów,

składam ofertę cenową:

1. Cena jednostkowa z tytułu zabiegu radykalnej prostatektomii (rak prostaty) wykonanego z wykorzystaniem robota chirurgicznego Zł brutto (słownie: Złotych 00/100).
2. Cena jednostkowa z tytułu histerektomii (rak trzonu macicy) wykonanego z wykorzystaniem robota chirurgicznego Zł brutto (słownie: Złotych 00/100).
3. Cena jednostkowa z tytułu zabiegu kolorektalnego (rak jelita grubego) wykonanego z wykorzystaniem robota chirurgicznego Zł brutto (słownie: Złotych 00/100).

4. Cena jednostkowa z tytułu z wykorzystaniem robota chirurgicznego Zł brutto (słownie: Złotych 00/100).

Wysokość miesięcznego wynagrodzenia stanowi iloczyn liczby wykonanych przy użyciu Robota Chirurgicznego zabiegów i ceny wskazanej powyżej.

III. Termin realizacji

24 miesiące od dnia podpisania umowy.

IV. Przyjmuję 30 dniowy termin płatności - rozliczenie miesięczne, od daty prawidłowo wystawionej faktury i potwierdzenia przez Udzielającego Zamówienia wykonania ilości i rodzaju świadczeń ujętych w fakturze.

V. Oświadczam, że:

- jestem związany ofertą do upływu terminu wskazanego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert,
- z pełną starannością zapoznałem się z warunkami postępowania konkursowego oraz warunkami realizacji zamówienia określonymi w SWKO i projekcie umowy, przyjmuję je bez zastrzeżeń, a w razie wybrania oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia,
- zainteresowałem się i uzyskałem wszystkie konieczne informacje, niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia będące przedmiotem konkursu.

VI. **Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszej ofercie na stronie / stronach stanowią tajemnicę przedsiębiorcy w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 6 września 2001r. o dostępie do informacji publicznej (t.j. Dz. U. 2022, poz. 902, ze zm.) i podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom****

**** zaznaczyć jeśli dotyczy wraz z podaniem zakresu stron**

.....

Miejscowość, data

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

(pieczęć firmowa z pełną nazwą Oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu ofert w przedmiocie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie

• wykonywania chirurgicznych zabiegów urologicznych, ginekologicznych i chirurgicznych z wykorzystaniem robota chirurgicznego, w tym kwalifikacje do tych zabiegów.

na rzecz oświadczam, że jestem podmiotem wymienionym w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej mogącym ubiegać się o udzielenie zamówienia na ww. świadczenia zdrowotne, przedmiot zamówienia nie wykracza poza zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przeze mnie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, oraz spełniam warunki udziału w konkursie ofert, tj.:

- a. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia,
 - b. posiadam uprawnienia i kwalifikacje do wykonywania działalności oraz czynności objętych zakresem przedmiotu zamówienia, w tym wykonuję działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia,
 - c. posiadam, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny, które pozwalają na realizację pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych wymaganych przez Udzielającego Zamówienia,
 - d. aparatura/sprzęt medyczny posiada stosowne certyfikaty/atesty uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami oraz aktualne przeglądy wykonywane przez uprawnione serwisy,
 - e. znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
- Oświadczam, że przyjmuję na siebie obowiązek poddania się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego Zamówienia zgodnie z art. 27 ust. 4 pkt. 4 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej w zakresie wynikającym z umowy.
 - Oświadczam, że posiadam ważną i aktualną polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz, że ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia.
 - Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
 - Oświadczam, że akceptuję wszelkie zmiany w SWKO i jego załącznikach dokonane w trakcie przeprowadzania konkursu ofert i zobowiązuję się (w przypadku wybrania naszej oferty) do podpisania umowy, w której wprowadzono ewentualnie uwzględnione zmiany.
 - Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
 - Oświadczam, że przedmiot zamówienia, o który się ubiegam, nie wykracza poza zakres działalności leczniczej, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
 - Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania, w szczególności na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 129).

DODATKOWY OPIS ŚWIADCZEŃ ORAZ OBOWIĄZKÓW STRON

1. Zakres obowiązków Przyjmującego zamówienie
 - a) Przyjmujący zamówienie wykonuje zabiegi operacyjne z wykorzystaniem robota chirurgicznego w zakresie urologii, ginekologii i chirurgii,
 - b) Przyjmujący zamówienie zapewnia realizację zabiegów z wykorzystaniem robota chirurgicznego, co najmniej 5 dni roboczych w miesiącu,
 - c) Przyjmujący zamówienie zapewnia kwalifikacje do zabiegów z wykorzystaniem robota chirurgicznego co najmniej przez 5 dni w miesiącu,
 - d) Przyjmujący zamówienie prowadzi dokumentację medyczną leczonych pacjentów, w zakresie realizowanego przez Przyjmującego zamówienie zakresu świadczeń,
 - e) Przyjmujący zamówienie bierze czynny udział w kontrolach z NFZ dotyczących realizowanego przez Przyjmującego zamówienie zakresu świadczeń,
 - f) Przyjmujący zamówienie udostępnia dane na potrzeby sprawozdawczości do NFZ,
 - g) Przyjmujący zamówienie zapewnia informację o zakresie świadczonych usług z wykorzystaniem robota chirurgicznego dla pacjentów,
 - h) Przyjmujący zamówienie zapewnia odpowiednie szkolenie personelu Udzielającego zamówienia oraz procedury i instrukcję postępowania dla zespołu Zleceniodawcy, zakresie procesu mycia i sterylizacji narzędzi wykorzystywanych w zabiegach przy użyciu Robota chirurgicznego,
 - i) Zapewnienie specyficznych wymaganych dla operacji Robotem Chirurgicznym, narzędzia i obłożenia/środki ochrony do Robota Chirurgicznego
2. Zakres obowiązków Udzielającego zamówienia:
 - a) Udzielający zamówienia wykonuje badania diagnostyczne niezbędne do kwalifikacji do zabiegów z wykorzystaniem robota chirurgicznego,
 - b) Udzielający zamówienia zatrudnia członków Konsylium Onkologicznego,
 - c) Udzielający zamówienia przygotowuje i udostępnia Przyjmującemu zamówienie formularz/dostęp do systemu, który będzie zawierał wszystkie niezbędne dane do sprawozdawczości na potrzeby NFZ, w zakresie realizowanych przez Przyjmującego zamówienie świadczeń,
 - d) Udzielający zamówienia wykonuje sprawozdawczość rozliczeniową do NFZ,
 - e) Udzielający zamówienia ma obowiązek niezwłocznego informowania o planowanych kontrolach i ich zakresie, jeżeli dotyczą realizowanego przez Przyjmującego zamówienie zakresu świadczeń,
 - f) Udzielający zamówienia zapewnia materiały jednorazowe do operacji z wykorzystaniem Robota Chirurgicznego.

- g) Udzielający zamówienia zapewnia dostęp 24 h na dobę - przez co najmniej 6 dni roboczych następujących po sobie w ciągu miesiąca - do infrastruktury szpitalnej oraz aparatury medycznej innej niż robot da Vinci, w tym dostęp do bloku operacyjnego, dedykowanej, odpowiednio wyposażonej oraz spełniającej kryteria dla zainstalowania robota chirurgicznego, sali operacyjnej, Oddziału Urologicznego, Ginekologicznego i Chirurgii Ogólnej, Apteki, pomieszczeń, preparatów, urządzeń do mycia i sterylizacji narzędzi Robota Chirurgicznego, ciągów komunikacyjnych, gabinetów lekarskich i innych niezbędnych dla realizacji świadczeń medycznych elementów infrastruktury, przy czym Strony mogą ustalić, iż sterylizacja może zostać przejęta przez Przyjmującego Zamówienie, za odrębnym wynagrodzeniem, w szczególności na początkowym etapie realizacji umowy.
- h) Udzielający zamówienia zapewnia dostęp na potrzeby Przyjmującego zamówienie w całym okresie realizowania usługi do gabinetu wraz z wyposażeniem, dedykowanego na potrzeby kwalifikacji pacjentów do zabiegów z wykorzystaniem Robota chirurgicznego oraz koordynacji procesu obsługi pacjentów (koordynacji pakietu onkologicznego) dla pacjentów przygotowywanych/kwalifikowanych do z wykorzystaniem Robota chirurgicznego,
- i) Udzielający zamówienia zapewnia zaopatrzenie w leki i materiały medyczne niezbędne do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, w tym akcesoria, materiały jednorazowe i narzędzia operacyjne do z wykorzystaniem robota chirurgicznego.
- j) Udzielający zamówienia zapewnia dostępność lekarza anestezjologa, a także w niezbędnym zakresie lekarzy specjalistów w przypadku komplikacji śródoperacyjnych,
- k) Udzielający zamówienia zapewnia pełną opiekę pooperacyjną nad pacjentem w ramach oddziałów szpitalnych, w tym również leczenie ewentualnych powikłań i przeprowadzenie reoperacji metodami innymi niż za pomocą robota, zabezpieczenie w razie konieczności leczenia w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w tym zapewnia opiekę lekarza prowadzącego, lekarzy dyżurnych, opiekę pielęgniarską oraz zaopatrzenie w leki i materiały medyczne niezbędne w prawidłowej opiece nad pacjentem,
- l) Udzielający zamówienia zapewnia badania laboratoryjne i inne wymagane w opiece nad pacjentem (w tym również badania histopatologiczne i obrazowe),
- m) Udzielający zamówienia zapewnia mycie i sterylizację narzędzi, z wykorzystaniem Robota Chirurgicznego, zgodnie z wymaganiami i instrukcjami producenta, w odpowiednio przygotowanych pomieszczeniach, z zachowaniem wszelkich wymagań i instrukcji producenta, w przypadku nieprawidłowości w tym procesie, w szczególności w przypadku uszkodzenia narzędzi, co zostanie stwierdzone w ocenie serwisowej, Udzielający zamówienia będzie zobowiązany pokryć szkodę Przyjmującego zamówienie z tego tytułu, w szczególności na drodze pokrycia kosztów uszkodzonych narzędzi,
- n) Udzielający zamówienia zapewnia zabezpieczenie w krew,
- o) Udzielający zamówienia zapewnia zaopatrzenie w gazy medyczne,
- p) Udzielający zamówienia zapewnia w bieliznę operacyjną i środki ochrony osobistej personelu operującego.,
- q) Udzielający zamówienia zapewnia sprzątanie,

- r) Udzielający zamówienia zapewnia wywóz odpadów medycznych i komunalnych,
- s) Udzielający zamówienia zapewnia dostęp do elektronicznego systemu dokumentacji medycznej i systemu do przygotowania sprawozdań z wykonanych świadczeń dla NFZ.
- t) Udzielający zamówienia zapewnia odpowiednie miejsce na bezpieczne magazynowanie fabrycznego opakowania robota chirurgicznego,

OPIS WYMAGAŃ DLA PERSONELU

Lekarz specjalista/operator robota chirurgicznego w dziedzinie urologii, ginekologii i chirurgii:

Wymagane dokumenty:

- Prawo wykonywania zawodu lekarza,
- Dyplom uzyskania specjalizacji, zgodny z zakresem wykonywanych zabiegów,
- Potwierdzenie/ Certyfikat ukończenia szkolenia w zakresie wykorzystania robota chirurgicznego,

Lekarz specjalista/operator Robota chirurgicznego/proktor posiadający uprawnienia do szkoleń:

Wymagane dokumenty:

- Potwierdzenie/ Certyfikat ukończenia, co najmniej 1 szkolenia zaawansowanego w ośrodku znajdującym się liście centrów szkoleniowych producenta robota chirurgicznego,
- Udokumentowane co najmniej 36 miesięczne doświadczenie w zakresie prowadzenia szkoleń z wykorzystaniem robota da Vinci w jednym z ośrodku znajdującym się liście centrów szkoleniowych producenta robota chirurgicznego,
- Potwierdzenie co najmniej 500 samodzielnie wykonanych zabiegów na terenie Polski w ciągu ostatnich 36 miesięcy,
- Potwierdzenie uprawnień w zakresie prowadzenia szkoleń dla lekarzy (proktoring) z zakresu zabiegów robotycznych na terenie Polski.

PODPISY:

W imieniu Udzielającego zamówienia:

W imieniu Przyjmującego zamówienie:

[•]
[•]

[•]
[•]

**ZASADY SZKOLENIA
PERSONELU PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE**

SZKOLENIE PIEŁĘGNIAREK OPERACYJNYCH

- Case Observation
- Szkolenie – zgodnie z programem producenta Roboty chirurgicznego
- Po pozytywnej ocenie pielęgniarka otrzymuje certyfikat

ZESPÓŁ LEKARSKI (1 - OPERATOR, 1 - ASYSTA)

- Case Observation
- Szkolenie – zgodnie z programem producenta Roboty chirurgicznego
- Po pozytywnym zakończeniu części egzaminacyjnej otrzymuje certyfikat producenta Roboty chirurgicznego

PODPISY:

W imieniu Udzielającego zamówienia

[•]
[•]

W imieniu Przyjmującego zamówienie

[•]
[•]

