

*Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie
38 – 400 Krosno, ul. Korczyńska 57*

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa Oferenta* / imię i nazwisko Oferenta:

.....

Nr wpisu do CEIDG lub KRS (organ dokonujący wpisu)*:

.....

NIP*.....REGON*.....

Adres działalności gospodarczej* / adres zamieszkania:

.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem działalności gospodarczej* / adresem zamieszkania):

.....

Telefon kontaktowy:

.....

* dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą

OFERTA CENOWA: proponowana cena za 1 punkt w danym zakresie ujętym w poniższej tabeli nr 1 oraz proponowany procentowy udział w wartości zrealizowanych przedmiotowych świadczeń z podziałem na poszczególne grupy JGP

DLA GRUPY JGP H51:

OPERATOR –% miesięcznej wartości świadczeń zrealizowanych w Oddziale Urazowo – Ortopedycznym, zweryfikowanych i zapłaconych przez NFZ oraz uznanych przez Udzielającego Zamówienia w grupach JGP H51 w niżej wymienionych zakresach, obliczonej jako iloczyn ilości punktów wypracowanych w danym okresie rozliczeniowym w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym przez Przyjmującego Zamówienie oraz proponowanej ceny za 1 punkt w danym zakresie ujętej w tabeli nr 1

ASYSTENT –% miesięcznej wartości świadczeń zrealizowanych w Oddziale Urazowo – Ortopedycznym, zweryfikowanych i zapłaconych przez NFZ oraz uznanych przez Udzielającego Zamówienia w grupach JGP H51 w niżej wymienionych zakresach, obliczonej jako iloczyn ilości punktów wypracowanych w danym okresie rozliczeniowym w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym przez Przyjmującego Zamówienie oraz proponowanej ceny za 1 punkt w danym zakresie ujętej w tabeli nr 1

DLA GRUPY JGP H52:

OPERATOR –% miesięcznej wartości świadczeń zrealizowanych w Oddziale Urazowo – Ortopedycznym, zweryfikowanych i zapłaconych przez NFZ oraz uznanych przez Udzielającego Zamówienia w grupach JGP H52 w niżej wymienionych zakresach, obliczonej jako iloczyn ilości punktów wypracowanych w danym okresie rozliczeniowym w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym przez Przyjmującego Zamówienie oraz proponowanej ceny za 1 punkt w danym zakresie ujętej w tabeli nr 1

ASYSTENT –% miesięcznej wartości świadczeń zrealizowanych w Oddziale Urazowo – Ortopedycznym, zweryfikowanych i zapłaconych przez NFZ oraz uznanych przez Udzielającego Zamówienia w grupach JGP H52 w niżej wymienionych zakresach, obliczonej jako iloczyn ilości punktów wypracowanych w danym okresie rozliczeniowym w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym przez Przyjmującego Zamówienie oraz proponowanej ceny za 1 punkt w danym zakresie ujętej w tabeli nr 1

DLA GRUPY JGP H53:

OPERATOR –% miesięcznej wartości świadczeń zrealizowanych w Oddziale Urazowo – Ortopedycznym, zweryfikowanych i zapłaconych przez NFZ oraz uznanych przez Udzielającego Zamówienia w grupach JGP H53 w niżej wymienionych zakresach, obliczonej jako iloczyn ilości punktów wypracowanych w danym okresie rozliczeniowym w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym przez Przyjmującego Zamówienie oraz proponowanej ceny za 1 punkt w danym zakresie ujętej w tabeli nr 1

ASYSTENT –% miesięcznej wartości świadczeń zrealizowanych w Oddziale Urazowo – Ortopedycznym, zweryfikowanych i zapłaconych przez NFZ oraz uznanych przez Udzielającego Zamówienia w grupach JGP H53 w niżej wymienionych zakresach, obliczonej jako iloczyn ilości punktów wypracowanych w danym okresie rozliczeniowym w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym przez Przyjmującego Zamówienie oraz proponowanej ceny za 1 punkt w danym zakresie ujętej w tabeli nr 1

Tabela nr 1

NAZWA ZAKRESU	Proponowana cena za 1 punkt
ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA- ŚWIADCZENIA UDZIELANE OSOBOM DO UKOŃCZENIA 18. ROKU ŻYCIA (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ)zł
ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA - ZABIEGI ENDOPROTEZOPLASTYKI POZA STAWEM BIODROWYM I KOLANOWYM - ŚWIADCZENIA UDZIELANE OSOBOM DO UKOŃCZENIA 18. ROKU ŻYCIA (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ)zł
ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNYzł
ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO - POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYMzł
ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU – HOSPITALIZACJA – ŚWIADCZENIA ENDOPROTEZOPLASTYKI STAWU BIODROWEGO LUB KOLANOWEGOzł
ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA (świadczenia sprawozdawane w ryczałcie)zł
ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA – ZABIEGI ENDOPROTEZOPLASTYKI – świadczenia sprawozdawane w ryczałcie PSZzł

W załączeniu przedkładam:

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

Niniejszym, oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am/ się z Szczegółowym Regulaminem Przeprowadzania Konkursu Ofert i przyjmuję go bez zastrzeżeń.
2. Zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.
3. Stan prawny złożonych dokumentów nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.
5. Zapoznałem/am/ się z warunkami przedstawionymi we wzorze umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

.....
/pieczętka i podpis oferenta/