



Załącznik nr 3

....., dnia

Organizator konkursu:
Świętokrzyskie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kielcach
ul. Artwińskiego 3 25-734 Kielce

OFERENT

Nazwa:.....

Adres:

Tel.....FAX

REGON NIP

E-mail

Numer KRS

Numer księgi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących działalność leczniczą:

Osoba/y uprawniona/e do reprezentacji Oferenta:.....

Dane kontaktowe osoby odpowiedzialnej za realizację zamówienia :

Imię i nazwisko osoby do kontaktu:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

OFERTA

W związku z ponownym ogłoszeniem o otwartym naborze konkursowym dotyczącym wyboru podmiotów medycznych do współpracy w ramach realizacji projektu pt. „Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi – moduł regionalny” nr POWR.05.01.00-00-0031/20 niniejszym działając w imieniu Oferenta składam ofertę i deklaruję objęcie Programem pacjentek (*placówka może zadeklarować maksymalnie 100 pacjentek*) na terenie województwa

Deklaruję udzielanie następujących świadczeń:

Nazwa świadczenia:	Deklarowana liczba pacjentek:	Deklarowana liczba świadczeń:
1) wizyta fizjoterapeutyczna 1 - badanie przed zabiegiem (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – <i>jedno świadczenie dla jednej pacjentki</i> x 1 =
2) wizyta fizjoterapeutyczna 2 - świadczenie po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – <i>średnio 3 świadczenia na dla jednej pacjentki</i> x 3 =
3) wizyta fizjoterapeutyczna 3- badanie		



<p>kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – 1 miesiąc po zabiegu - <i>jedno świadczenie dla jednej pacjentki z grupy 1</i></p>	<p>.....</p>	<p>..... x 1 =</p>
<p>4) wizyta fizjoterapeutyczna 4 - badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – 4-6 miesięcy po zabiegu - <i>jedno świadczenie dla jednej pacjentki z grupy 1</i></p>	<p>.....</p>	<p>..... x 1 =</p>
<p>5) wizyta fizjoterapeutyczna 5 - badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – 10-12 miesięcy po zabiegu - <i>jedno świadczenie dla jednej pacjentki z grupy 1</i></p>	<p>.....</p>	<p>..... x 1 =</p>
<p>6) wizyta fizjoterapeutyczna 6 - badanie przed zabiegiem (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi) - <i>jedno świadczenie dla jednej pacjentki z grup 2a i 2b</i></p>	<p>.....</p>	<p>..... x 1 =</p>
<p>7) wizyta fizjoterapeutyczna 7 - po zabiegu (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi) - <i>średnio 3 świadczenia na dla jednej pacjentki z grup 2a i 2b</i></p>	<p>.....</p>	<p>..... x 3 =</p>
<p>8) wizyta fizjoterapeutyczna 8 - badanie 1 miesiąc po zabiegu oraz 5-6 miesiąc po zabiegu (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi) – <i>dwa świadczenia dla jednej pacjentki z grupy 2a</i></p>	<p>.....</p>	<p>..... x 2 =</p>
<p>9) Wizyta fizjoterapeutyczna 9 - badanie 1 miesiąc po operacji i 1 dzień przed radioterapią oraz w dniu zakończenia radioterapii (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniem raka piersi z późniejszym zastosowaniem radioterapii) - <i>trzy świadczenia dla jednej pacjentki z grupy 2b</i></p>	<p>.....</p>	<p>..... x 3 =</p>



<p>10) wizyta fizjoterapeutyczna 10 - badanie 4-6 miesiąc oraz w 10-12 miesiąc po zakończeniu radioterapii - (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniem raka piersi z późniejszym zastosowaniem radioterapii) - <i>dwa świadczenia dla jednej pacjentki z grupy 2b</i></p>	<p>.....</p>	<p>..... x 2 =</p>
<p>11) Zajęcia ruchowe (wszystkie grupy) po chirurgicznym leczeniu raka piersi – <i>średnio siedem świadczeń dla jednej pacjentki z dowolnej grupy</i></p>	<p>.....</p>	<p>..... x 7 =</p>
<p>12) Porada psychologiczna po chirurgicznym leczeniu raka piersi - <i>średnio 2,5 świadczenia dla jednej pacjentki z dowolnej grupy</i></p>	<p>.....</p>	<p>..... x 3 =</p>
<p>13) Warsztaty psychologiczne po chirurgicznym leczeniu raka piersi - <i>średnio siedem świadczeń dla jednej pacjentki z dowolnej grupy</i></p>	<p>.....</p>	<p>..... x 7 =</p>
<p>14) Porada dietetyczna po chirurgicznym leczeniu raka piersi - <i>średnio 2,5 świadczenia dla jednej pacjentki z dowolnej grupy</i></p>	<p>.....</p>	<p>.....x 3=</p>

Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie Wykonawca spełnia następujące wymogi:

1. jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem, posiada uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, posiada status podmiotu wykonującego działalność leczniczą działającego na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
2. posiada umowę z OW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej realizowanych w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej lub warunkach oddziału dziennego w rodzaju rehabilitacji ogólnoustrojowej; numer umowy z NFZ:
3. zapoznał się z treścią warunków konkursu w tym z Ogólnopolskim programem profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi (stanowiącym załącznik nr 1 do ogłoszenia o konkursie) i nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz uzyskał niezbędne informacje do przygotowania oferty;
4. dysponuje zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem umożliwiającym realizację świadczeń medycznych zgodnie z Ogólnopolskim programem obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi odpowiednio do zakresu mojego udziału;



5. osoby, które będą realizowały zamówienie posiadają doświadczenie i kwalifikacje zgodne z wymogami Ogólnopolskiego programu profilaktyki obrzęku limfatycznego;
6. akceptuje warunki umowy zawarte we wzorze umowy (załącznik nr 4) stanowiącej integralną część niniejszych warunków konkursu;
7. będzie realizował świadczenia w (wskazać miejsce realizacji świadczeń);
8. znajduje się w sytuacji finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia;
9. nie została z nim rozwiązana przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy;
10. Liczba osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wyniesie nie mniej niż, co stanowi liczbę umożliwiającą właściwą realizację przedmiotu niniejszej umowy;
11. zobowiązuje się wykonać cały zakres przedmiotu zamówienia siłami własnymi;
12. wypełnił obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu konkursowym (jeśli dotyczy).

Oświadczenia dotyczące spełniania dodatkowych kryteriów merytorycznych (ta część jest nieobowiązkowa, brak wypełnienia może wpłynąć na rozstrzygnięcie w przypadku gdy na dane województwo wpłynie więcej niż 1 oferta):

1. Reprezentowany przeze mnie Wykonawca **posiada/nie posiada¹** akredytację/i wydaną/ej na podstawie ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia lub jest w okresie przygotowawczym do przeprowadzenia wizyty akredytacyjnej (okres przygotowawczy rozpoczyna się od daty podpisania przez dany podmiot umowy w zakresie przeprowadzenia przeglądu akredytacyjnego).
2. Reprezentowany przeze mnie Wykonawca realizował w ostatnich 12 miesiącach następujące programy profilaktyczne (należy podać nazwę programu, okres realizacji, źródło finansowania):
 -
 -
 -
 -
 -
3. Reprezentowany przeze mnie Wykonawca realizuje bądź realizował w ostatnich 12 miesiącach projekty finansowane z funduszy Unii Europejskiej (należy podać numer i tytuł projektu, okres realizacji)
 -
 -
 -
 -
4. Reprezentowany przeze mnie Wykonawca deklaruje godziny wykonywania świadczeń dla pacjentów w ramach zawartej umowy):

¹ Skreślić niewłaściwe



- w dni powszednie minimum 6 godzin, w tym minimum 3 dni do 18:00 oraz w minimum jedną sobotę w miesiącu - 1 pkt
- w dni powszednie minimum 6 godzin, w tym minimum 4 dni do 18:00 oraz w minimum jedną sobotę w miesiącu lub w dni powszednie minimum 6 godzin, w tym minimum 3 dni do 18:00 oraz w minimum dwie soboty w miesiącu - 2 pkt
- w dni powszednie minimum 6 godzin, w tym minimum 4 dni do 18:00 oraz w minimum dwie soboty w miesiącu - 3 pkt

Reprezentowany przeze mnie Wykonawca oświadcza, że miejsce wykonywania świadczeń jest dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami w następujący sposób (wskazać rodzaj udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami, np. windy, podjazdy, toalety):

-
-
-

Załącznik:

1. Obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń.

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)