*Załącznik nr 1 do Regulaminu*

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

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

Adres podmiotu

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

Rodzaj rejestru, NIP

**Szpital Powiatowy w Chrzanowie**

**Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:**

kardiologii inwazyjnej określonych w umowie przez NFZ w stanach nagłych

jako grupa **E10, E11, E12G, E15**

oraz innych niż stany nagłe

jako grupa **E23G, E24G, E26, E27, E29 i inne**  
wraz z zapewnieniem gotowości przez 24 godziny / dobę i 7 dni w tygodniu

oraz kwalifikacją do realizacji świadczeń Kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał) na rzecz pacjentów powiatu chrzanowskiego i osób zamieszkujących poza jego terenem.

Niniejszym składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie jw :

**Wykaz procedur inwazyjnych w stanach nagłych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj zamówienia**  **(grupa JGP)** | **Cena za**  **1 punkt rozliczeniowy** |
| 1 | E10 OZW diagnostyka inwazyjna |  |
| 2 | E11 OZW leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni |  |
| 3 | E12G OZW leczenie inwazyjne |  |
| 4 | E15 OZW leczenie inwazyjne > 7 dni z pw |  |

**Wykaz procedur inwazyjnych w stanach innych niż stany nagłe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj zamówienia**  **(grupa JGP)** | **Kwota limitu**  **Limit miesięczny nie wyższy**  **niż 200 000 zł** |
| 1 | E23G Angioplastyka wieńcowa z implantacją 1 stenu |  |
| 2 | E24G Angioplastyka z implantacją nie mniej niż 2 stentów lub wielonaczyniowa |
| 3 | E26 Angioplastyka wieńcowa balonowa |
| 4 | E27 Koronarografia i inne zabiegi inwazyjne |
| 5 | E29 Angioplastyka balonowa |
| 6 | i inne dopuszczone do rozliczania w ramach kardiologii inwazyjnej oraz świadczenia do sumowania |

………………………………………… ……… …………………………….

***Data***  ***Pieczątka i podpis***

*Załącznik nr 2 do Regulaminu*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

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

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

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

Adres podmiotu

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

Rodzaj rejestru, NIP

Oświadczam, że:

1. Oświadczam, że personel wskazany do realizacji zamówienia posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
2. Samodzielnie dokonuję wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym.
3. Zapoznałem się z Regulaminem i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami i zapisami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
6. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

Do formularza ofertowego dołączam następujące dokumenty:

1. ……………………………………………..
2. ……………………………………………..
3. ……………………………………………..
4. ……………………………………………..