|  |  |
| --- | --- |
| **Konkurs nr DZ.4240.4.2025**  | **Załącznik nr 4** |

**FORMULARZ CENOWY**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej dla pacjentów leczonych w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego w warunkach stacjonarnych oraz wizyty koordynującej - kontrolnej - w ramach programu KOS-Zawał.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa Usługi** **świadczenia Zdrowotnego** | **Przewidywana liczba świadczeń – liczba osobodni[[1]](#footnote-1) / liczba pacjentów[[2]](#footnote-2)** | **Cena jednostkowa** **za 1 osobodzień lub za 1 pacjenta – stawka NFZ****Netto – [zł][[3]](#footnote-3)** | **Proponowany udział procentowy ceny** **jednostkowej (D)****[%][[4]](#footnote-4)** | **Współczynnik Korygujący[[5]](#footnote-5)** | **CENA****Netto****[zł]** | **VAT****[zł]** | **CENA****Brutto****[zł]** |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **F** | **G = C\*D\*E \*F** | **H** | **I = G + H** |
| 1 | **Rehabilitacja kardiologiczna** - kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego **w warunkach stacjonarnych** | **1250**osobodni | **386,40** |  | **1,15** |  |  |  |
| 2 | **Wizyta koordynująca - kontrolna** | **50**pacjentów | **222,64** |  | **1** |  |  |  |
| 3 | **KOSZT Pobytu** przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności | **75**osobodni | **27,6** |  | **1** |  |  |  |
| **RAZEM brutto :** |  |

*Wykonawca jest zobligowany uzupełnić wszystkie puste pola w kolumnach oraz uzupełnić pozycję „RAZEM brutto”.*

**UWARUNKOWANIA:**

1. Podana przewidywana liczba świadczeń ma jedynie charakter informacyjny i Zamawiający nie gwarantuje wykonania podanej szacunkowej liczby osobodni.
2. Cena osobodnia uwzględnia wszelkie koszty Wykonawcy oraz kalkulację wszelkich elementów jakie ponosić będzie Wykonawca w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz Zamawiającego.
3. Wykonawca jest zobligowany świadczyć usługi według zapotrzebowania Zamawiającego, po podanych w Formularzu cenowym Wykonawcy cenach jednostkowych w okresie do 14 dni od wypisu pacjenta z oddziału.
4. W przypadku niedotrzymania przez Wykonawcę terminu rozpoczęcia usługi świadczenia zdrowotnego w ciągu 14 dni zgodnie z § 5 ust. 2 załącznika nr 5 (Wzór - Umowa o udzielenie usług świadczeń zdrowotnych – program KOS-Zawał), zwanej dalej umową, Wykonawcy będzie należne wynagrodzenie odpowiadające faktycznemu czasowi rozpoczęcia tj. bez uwzględnienia korzystniejszego współczynnika o wartości 1,1 czyli **o wartości 1.**

…………………………………..…., dnia ………………….. ………………………………………………………………………

 (Miejscowość, data) (Podpis osoby uprawnionej do reprezentacji)

1. *Przewidywana (planowana) liczba osobodni dot. Rehabilitacji kardiologicznej w okresie obowiązywania umowy 12 m-cy.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Liczba pacjentów korzystających z wizyt koordynujących (kontrolnych) zrealizowanych w okresie do 14 dni od wypisu pacjenta z oddziału,* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Cena jednostkowa osobodnia obliczona na podstawie aktualnej wartości produktu NFZ.* [↑](#footnote-ref-3)
4. *Oferowany udział procentowy [w %] - to % ceny jednostkowej jednego osobodnia/pacjenta obliczony wg stawek NFZ –* ***nie wyższy niż 90% ceny jednostkowej z kolumny D*** [↑](#footnote-ref-4)
5. *Współczynnik przybiera* ***wartość 1,1*** *- gdy udzielanie świadczenia zdrowotnego rozpoczyna się w ciągu 14 dni od dnia wypisu ze szpitala dokonanego przez Zamawiającego. Natomiast wskaźnik przybiera* ***wartość 1*** *- gdy udzielanie świadczenia zdrowotnego rozpoczyna się po 14 dniach od dnia wypisu ze szpitala dokonanego przez Zamawiającego.* [↑](#footnote-ref-5)