

(pieczęćka firmowa z pełną nazwą oferenta)

....., dnia.....

**Zespół Opieki Zdrowotnej  
„Szpitala Powiatowego”  
w Sochaczewie**  
ul. Batalionów Chłopskich 3/7  
96-500 Sochaczew

**O F E R T A**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:**

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

**I. Instrukcja dla Oferenta**

1. Niniejszy formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony w języku polskim, pismem czytelnym lub komputerowo, parafowany na każdej stronie oraz podpisany na końcu dokumentu przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione dane muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem” i podpisane przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Pełnomocnictwo do podpisania oferty, o którym mowa w pkt 1, winno być dołączone w oryginale jako załącznik do niniejszej oferty, o ile umocowanie nie wynika z innych dokumentów dołączonych przez Oferenta.

**II. Dane Oferenta**

<b>Pełna nazwa Oferenta</b>	
<b>Siedziba Oferenta</b>	
<b>Nr tel. Oferenta/ osoby upoważnionej</b>	kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu
<b>E-mail Oferenta/ osoby upoważnionej</b>	
<b>REGON</b>	
<b>NIP</b>	
<b>Nr wpisu do CEIDG / KRS<sup>1</sup>(organ dokonujący wpisu)</b>	
<b>Nr księgi rejestrowej podmiotów lecniczych/ organ rejestrujący</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>Nr prawa wykonywania zawodu</b>	
<b>Kwalifikacje zawodowe (specjalizacje, kursy, certyfikaty, stopnie naukowe)</b>	
<b>Staż pracy</b>	
<b>Liczba osób udzielających</b>	

<b>świadczeń zdrowotnych<sup>1</sup></b>	Według załącznika nr 1 do SWKO <sup>1</sup>
<b>Nr konta bankowego i nazwa banku</b>	

### III. Proponowane warunki ilościowo-kosztowe Oferenta

- Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert zgodnie z wymogami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
- Proponuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w następujących zakresach w ilości godzin i według wysokości stawki kwoty brutto (zł) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych określonej poniżej:

Tabela nr 1

Zakres świadczeń zdrowotnych	Proponowana przeciętna ilość godzin w miesiącu		Brutto(zł) za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych (przez lekarza specjalistę lub specjalistę I stopnia)	Brutto(zł) za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych (przez lekarza w trakcie specjalizacji lub bez specjalizacji)	Brutto(zł) za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych (przez lekarza specjalistę lub specjalistę I stopnia)	Brutto(zł) za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych (przez lekarza w trakcie specjalizacji lub bez specjalizacji)	Brutto (zł) za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych (przez mgr rehabilitacji ruchu)
	dyżur	ranek	dyżur	dyżur	ranek	ranek	
	a	b	c	d	e	f	
Oddział Pediatriczny z Pododdziałem Neonatologicznym							-
Podstawowa Opieka Zdrowotna	-		-	-		-	-

### IV. Oświadczenie Oferenta

Oferent oświadcza, że:

- Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, Regulaminem Pracy Komisji Konkursowej, wzorem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
- Zapoznał się ze wszystkimi koniecznymi dokumentami, przepisami prawa i uregulowaniami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia oraz pozyskał informacje niezbędne do wykonania zamówienia na świadczenia zdrowotne.
- Oferent związany jest złożoną przez siebie ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- Nie wnosi zastrzeżeń do projektu umowy i zobowiązuje się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia. **Jednocześnie strony dopuszczają możliwość modyfikacji i konieczność uszczegółowienia zapisów zależnie od zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy oraz formy prowadzonej działalności gospodarczej.**
- Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym na dzień złożenia oferty.
- Posiada odpowiedni potencjał kadrowy, organizacyjny i finansowy niezbędny do realizacji świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym<sup>1</sup> lub posiada odpowiednie kwalifikacje, wiedzę umiejętności i uprawnienia do osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych, które potwierdza stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty.
- Zapewnia realizację świadczeń objętych zakresem konkursu i złożoną ofertą zgodnie z SWKO.
- Przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych przez niego wykonanych, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.).
- Nie jest świadczeniodawcą i nie udziela świadczeń zdrowotnych wykonywanych w ramach umowy zawartej bezpośrednio z Narodowym Funduszem Zdrowia (lub innym organem bądź podmiotem właściwym w zakresie pełnienia funkcji płatnika świadczeń zdrowotnych wedle obowiązujących przepisów prawa).

<sup>1</sup>Dotyczy podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz.U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.)

10. W pełni ponosi ryzyko gospodarcze związane z prowadzoną działalnością i samodzielnie oraz na własne ryzyko będzie dokonywał rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i Urzędem Skarbowym w związku z realizacją umowy zawartej na podstawie niniejszego postępowania konkursowego oraz zatrudniania osób (w oparciu o stosunek pracy lub umowy cywilnoprawne) realizujących świadczenia zdrowotne, zgodnie z obowiązującymi i aktualnymi przepisami prawa.
11. Oświadcza, iż Zespół Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewle nie rozwiązał z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Oferenta.
12. Nie był karany za żadne przestępstwo umyślne, przestępstwo skarbowe i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie karne ani postępowanie karne skarbowe.
13. Nie jest zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów prawa.
14. Nie jest pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
15. Posiada polisę OC w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem oferty przez okres obowiązywania umowy lub oświadcza, że przedłoży kserokopię polisy poświadczoną za zgodność z oryginałem najpóźniej w dniu poprzedzającym rozpoczęcie udzielania świadczeń zdrowotnych.
16. Wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych - zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 922).

.....  
podpis i pieczęć Oferenta

#### V. Załączniki do oferty:

1. **W przypadku oferenta będącego osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszym postępowaniem konkursu ofert:**
  - a) Zaświadczenie o wpisie indywidualnej/indywidualanej specjalistycznej praktyki lekarskiej do rejestru podmiotów leczniczych (wydruk księgi rejestrowej).
  - b) Zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
  - c) Kserokopia numer REGON;
  - d) Kserokopia Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
  - e) Kserokopia Prawa wykonywania zawodu lekarza;
  - f) Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe, w tym kserokopia dyplomów, specjalizacji, ukończenia studiów, kursów, szkoleń, certyfikatów;
  - g) Kopia polisy ubezpieczeniowej OC lub pisemne oświadczenie o przedłożeniu kopii polisy najpóźniej w dniu poprzedzającym rozpoczęcie udzielania świadczeń zdrowotnych;
- lub
2. **W przypadku oferenta będącego podmiotem leczniczym zatrudniającym osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu ofert:**
  - a) Aktualny odpis z właściwego rejestru (KRS) wystawiony nie wcześniej niż 6 m-cy przed upływem składania ofert lub zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
  - b) Wpis do księgi rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wydruk księgi rejestrowej wojewody);
  - c) Numer REGON;
  - d) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
  - e) Kopia polisy ubezpieczeniowej OC lub pisemne oświadczenie o przedłożeniu kopy polisy najpóźniej w dniu poprzedzającym rozpoczęcie udzielania świadczeń zdrowotnych;
  - f) Kserokopia statutu podmiotu leczniczego i regulaminu organizacyjnego;
  - g) Kserokopia umowy spółki (jeśli dotyczy);
  - h) Wykaz osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych, poprzez podanie nr PESEL, wraz z wykazem uprawnień i kwalifikacji zawodowych oraz nr prawa wykonywania zawodu.

lub

**3. Podpisane oświadczenie o treści (jeśli dotyczy, zaznaczyć pkt oświadczenia i złożyć podpis):**

Oświadczam, że wszystkie/pozostałe wymagane dokumenty do konkursu ofert są **aktualne** i znajdują się już w posiadaniu Zespołu Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie.

.....  
podpis i pieczęć Oferenta