

(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:**

**usług realizowanych przez lekarzy w Dziale Specjalistycznych Ambulatoryjnych  
Świadczeń Zdrowotnych w Poradni Rehabilitacyjnej**

**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>	kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu
<b>nr tel. Oferenta/ osoby upoważnionej</b>	
<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 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 następującym zakresie w ilości godzin/punktów i według wysokości stawki kwoty brutto (zł) za 1 godzinę/punkt udzielania świadczeń zdrowotnych określonych poniżej:

Tabela nr 1

Zakres świadczeń zdrowotnych	Proponowana przeciętna ilość godzin/punktów w miesiącu	Brutto(zł) za 1 godzinę/1 punkt świadczonych usług zdrowotnych (przez lekarza specjalistę)
Poradnia Rehabilitacyjna		

### 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 umiętności 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).
- 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.

<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.)

11. Oświadcza, iż Zespół Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie 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 z późn. zm.).

.....  
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 kopii 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