

**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:**

**IV. Usługi realizowane przez lekarzy w Dziale Ambulatoryjnych Specjalistycznych Świadczeń Zdrowotnych.**

**I. Instrukcja dla Oferenta**

1. Niniejszy formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony w języku polskim, pismem czytelnym iub komputerowo, parafowany na każdej stronie oraz podpisany na końcu dokumentu przez Oferenta iub 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>Nr wpisu do CEIDG / KRS<sup>1</sup>(organ dokonujący wpisu)</b>	
<b>Nr księgi rejestrowej podmiotów leczniczych/ 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**

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert zgodnie z wymogami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
2. Proponuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w następującym zakresie w ilości godzin i według wysokości stawki brutto (zł) za 1 godzinę/punkt udzielania świadczeń zdrowotnych, określonej poniżej:

<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 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.)

Tabela nr 1

Zakres świadczeń zdrowotnych	Proponowana przeciętna ilość godzin lub pkt. w miesiącu	Brutto(zł) za 1 godzinę lub 1 pkt świadczonych usług zdrowotnych (przez lekarza specjalistę lub specjalistę I stopnia)	Brutto (zł) za 1 godzinę lub 1 pkt świadczonych usług zdrowotnych (przez lekarza w trakcie specjalizacji)
Poradnie			
Poradnia Neurologiczna			
Poradnia Neurologii Dziecięcej			
Poradnia Zdrowia Psychicznego			

#### 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 2018 r. poz. 2190 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.
- 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.
- Nie był karany za żadne przestępstwo umyślne, przestępstwo skarbowe i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie karne ani postępowanie karne skarbowe.
- Nie jest zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów prawa.
- Nie jest pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
- 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.
- Zapoznał się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych.
- Wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych - zgodnie z art.6. ust.1. lit. a). Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy

.....  
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/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej do rejestru podmiotów leczniczych (wydruk księgi rejestrowej).
- b) Zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- c) Kserokopia Prawa wykonywania zawodu lekarza;
- d) Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe, w tym kserokopia dyplomów, specjalizacji, ukończenia studiów, kursów, szkoleń, certyfikatów;
- e) Kopia polisy ubezpieczeniowej OC lub pisemne oświadczenie o przedłożeniu kopii polisy najpóźniej w dniu poprzedzającym rozpoczęcie udzielania świadczeń zdrowotnych;
- f) Aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych, wydawane przez lekarza medycyny pracy;
- g) Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy;

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) Kopia polisy ubezpieczeniowej OC lub pisemne oświadczenie o przedłożeniu kopii polisy najpóźniej w dniu poprzedzającym rozpoczęcie udzielania świadczeń zdrowotnych;
- d) Kserokopia statutu podmiotu leczniczego i regulaminu organizacyjnego;
- e) Kserokopia umowy spółki (jeśli dotyczy);
- f) Podanie ilości osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych (według załącznika nr 1 do SWKO).

.....  
podpis i pieczęć Oferenta

