

Warszawa, dnia.....

**Szpital Grochowski**  
**im. dr med. Rafała Masztaka Sp. z o.o.**  
**ul. Grenadierów 51/59**  
**04 - 073 Warszawa**

## **OFERTA na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie**

.....  
.....  
.....<sup>1</sup>

**Imię:** .....

**Nazwisko:** .....

PESEL:.....

Zawód: .....

Nr prawa wykonywania zawodu: .....

Nr dyplomu / świadectwa: .....

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji): .....

Nr dokumentu specjalizacji: .....

Nr w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich: .....

Nr wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej: .....

NIP: ..... REGON: .....

Adres zamieszkania .....

Adres indywidualnej praktyki: .....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki): .....

**Telefon:** ..... **E-mail:** .....<sup>2</sup>

**Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych we wskazanym powyżej zakresie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z opisem zawartym w „SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKACH KONKURSU OFERT ORAZ MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH O PRZEDMIOTACH KONKURSÓW OFERT NA UDZIELENIE ZAMÓWIEŃ NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH”.**

### **OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

- 1) zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz materiałami informacyjnymi o przedmiotach konkursów ofert na udzielenie zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych”, oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń;
- 2) oświadcza, że nie posiada umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia;
- 3) wykonuje **zawód lekarza w ramach praktyki zawodowej** w formie<sup>3</sup>:
  - a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska,
  - b) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska,
  - c) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania,
  - d) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania,

<sup>1</sup> Należy wpisać zakres świadczeń zdrowotnych (zgodnie z ogłoszeniem o konkursie ofert), którego dotyczy oferta.

<sup>2</sup> Podany adres e-mail będzie wykorzystywany przez Udzielającego zamówienia do przekazywania informacji dotyczących konkursu ofert

<sup>3</sup> Należy wybrać właściwą formę/y. Pozostałe należy przekreślić.

- e) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,
  - f) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,
  - g) spółki cywilnej jako grupowa praktyka lekarska,
  - h) spółki jawnej jako grupowa praktyka lekarska,
  - i) spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska;
- 4) wykonuje **zawód pielęgniarki w ramach praktyki zawodowej** w formie<sup>3</sup>:
- a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki,
  - b) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania,
  - c) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki,
  - d) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania,
  - e) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,
  - f) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,
  - g) spółki cywilnej jako grupowa praktyka pielęgniarek,
  - h) spółki jawnej jako grupowa praktyka pielęgniarek,
  - i) spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek;
- 5) posiada aktualne **ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC)** na minimalną sumę gwarancyjną w wysokości ..... - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866) **albo** zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc na równowartość ..... na dzień podpisania umowy;<sup>4</sup>
- 6) posiada aktualne **orzeczenie lekarskie** stwierdzające brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych **albo** zobowiązuje się do przedłożenia kopii orzeczenia lekarskiego na dzień podpisania umowy;<sup>5</sup>
- 7) spełnia wszystkie warunki i wymagania określone w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert oraz materiałach informacyjnych o przedmiotach konkursów ofert na udzielenie zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych”;
- 8) posiada uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert;
- 9) posiada wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
- 10) dysponuje odpowiednim potencjałem do wykonania zamówienia;
- 11) znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
- 12) nie podlega wykluczeniu z konkursu ofert z przyczyn wskazanych w § 3 ust. 5 „Szczegółowych warunkach konkursu ofert oraz materiałach informacyjnych o przedmiotach konkursów ofert na udzielenie zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych”;
- 13) **oferuje następujące warunki:**

**- Oferuję dostępność w ciągu miesiąca:<sup>6</sup>**

- a) w zakresie świadczeń zdrowotnych oraz tzw. dyżury medyczne – ..... godziny w miesiącu,

**- Oferuję ceny za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w NIŚOZ przez lekarzy i pielęgniarki w kwocie:**

- a) cena w złotych brutto ..... za jednostkę rozliczeniową: 1 **godzina** w NPL w dni powszednie, soboty i niedziele,
- b) cena w złotych brutto ..... za jednostkę rozliczeniową: 1 **godzina** w NiŚOZ w dni wolne od pracy, wymienione w art. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy (t.j. Dz. U. 2015, poz. 90) oraz w dniach 24 i 31 grudnia,

<sup>4</sup> Niepotrzebne skreślić,

<sup>5</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>6</sup> Oferowana dostępność nie może być mniejsza niż minimalna wymagana przez Udzielającego zamówienia w warunkach konkursu ofert.

*/Udzielający zamówienia informuje, że stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Oddziałach i Izbie Przyjęć Szpitala, w liczbie co najmniej 97 godzin (czyli od 9 dyżuru 12 godzinnego) w danym miesiącu, może być podwyższona - zgodnie z poniższą ofertą - maksymalnie o 10 zł, za każdą przepracowaną godzinę za dany miesiąc/*

**- Oferuję cenę za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Oddziałach i Izbie Przyjęć Szpitala w kwocie:**

- 1) ..... złotych – za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku, gdy Oferent wykona w danym miesiącu świadczenia zdrowotne w liczbie do 96 godzin (8 dyżurów 12 godzinnych), czyli jeżeli suma godzin przepracowanych w danym miesiącu nie przekroczy 96;
- 2) ..... złotych – za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku, gdy Oferent wykona w danym miesiącu świadczenia zdrowotne w liczbie co najmniej 97 godzin (9 dyżurów 12 godzinnych), czyli jeśli suma godzin przepracowanych w danym miesiącu przekroczy 96.

**- Oferuję ..... procent wartości wypracowanych punktów** w ramach umowy z NFZ za udzielone porady w ..... Szpitala Grochowskiego im. dr med. Rafała Masztaka Sp. z o.o.;

- 15) wnosi o objęcie ubezpieczeniem społecznym i dokonanie stosownych potrąceń z wynagrodzenia na:
  - a) podatek dochodowy
  - b) składki na ubezpieczenie społeczne: zdrowotna , emerytalna , rentowa , chorobowa (dobrowolna) .
- 16) **Szpital Grochowski to podstawowe miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych:** – TAK  NIE
- 17) pobiera emeryturę: TAK  NIE
- 18) pobiera rentę: TAK  NIE  - orzeczony stopień niesprawności: .....
- 19) zapoznał się z „Informacją na podstawie art. 13 RODO skierowaną do wszystkich osób i podmiotów zainteresowanych konkursami ofert”, zawartą w ogłoszeniu o konkursie ofert;
- 20) wypełnił obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym konkursie ofert – jeżeli dotyczy.

**Oferent oświadcza, że złożenie niniejszej oferty oznacza równoczesne zobowiązanie się przez Oferenta do złożenia oświadczenia o rozwiązaniu, w ramach porozumienia stron, obecnie obowiązującej umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z dniem 28 lutego 2023 r. Oferent oświadcza, że brak złożenia przez niego ww. oświadczenia o rozwiązaniu obowiązującej umowy uprawniać będzie Szpital Grochowski im. dr med. Rafała Masztaka Sp. z o.o. do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym.**

#### **ZALĄCZNIKI:**

- I. Poświadczony wydruk z CEIDG – **zał. nr 1.**
- II. Poświadczona kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakładzie leczniczym Udzielającego zamówienie wraz z wydrukiem z księgi rejestrowej lub oświadczenie o zobowiązaniu się do przedłożenia kopii wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakładzie leczniczym Udzielającego zamówienia do dnia zawarcia umowy – **zał. nr 2.**
- III. Poświadczona kopia nadania numeru NIP, chyba że nr NIP wynika z innych złożonych w ofercie dokumentów – **zał. nr 3.**
- IV. Poświadczona kopia prawa wykonywania zawodu – **zał. nr 4.**
- V. Poświadczona kopia dyplomu/świadectwa – **zał. nr 5.**
- VI. Poświadczona kopia specjalizacji lub karty specjalizacji (lub innych kwalifikacji, kursów) – **zał. nr 6 (lub 6a, 6b, 6c... itd.).**
- VII. Kserokopia aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego u Oferenta brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – **zał. nr 7.**
- VIII. Kserokopia polis OC lub oświadczenie zawierające zobowiązanie do przedłożenia kopii polis – **zał. nr 8,**
- IX. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w odpowiednich zakresach, z podaniem okresów w których usługi te były udzielane – **zał. nr 9.**
- X. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z Szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta – **zał. nr 10.**

.....  
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)