

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: .....

2

**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,

<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.



- d) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania,
- 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;

- 6) 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>
- 7) 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>
- 8) 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”;
- 9) posiada uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert;
- 10) posiada wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
- 11) dysponuje odpowiednim potencjałem do wykonania zamówienia;
- 12) znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
- 13) 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”;
- 14) **oferuje następujące warunki:**

- Oferuję dostępność w **zakresie świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Radiologii** - ..... godziny w miesiącu,
- Oferuję dostępność w **zakresie świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć** - ..... godziny w miesiącu,
- Oferuję dostępność w **zakresie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Terapii i Rehabilitacji Neurologicznej** – ..... godziny w miesiącu,
- Oferuję dostępność w **zakresie wykonywania zadań ratownika medycznego w Izbie Przyjęć** - ..... godziny w miesiącu.

• *Dotyczy pracy na konkretnym Oddziale/Zakładzie*

**- Oferuję ceny za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Radiologii w kwocie:**

- a) cena w złotych brutto ..... za jednostkę rozliczeniową: **godzinę** udzielania świadczeń zdrowotnych w **Pracowni Rentgenowskiej i USG** w dni powszednie od poniedziałku do piątku,
- b) cena w złotych brutto ..... za jednostkę rozliczeniową: **godzinę** udzielania świadczeń zdrowotnych w **Pracowni Rentgenowskiej i USG**, w soboty, niedziele oraz w dni wolne od pracy, wymienione w art. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy (Dz. U. 2015, poz. 90) oraz w dniu 24 grudnia,

<sup>4</sup> Niepotrzebne skreślić,

<sup>5</sup> Niepotrzebne skreślić

- c) cena w złotych brutto ..... za jednostkę rozliczeniową: **badanie** Tomografii Komputerowej wykonane i opisane w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych w Pracowni Rentgenowskiej i USG, od godz. 13:00 do godz. 8:00 dnia następnego;
- d) cena w złotych brutto ..... za jednostkę rozliczeniową: **godzinę** udzielania świadczeń zdrowotnych w Pracowni Tomografii Komputerowej w dni robocze od poniedziałku do piątku od godziny 8:00 do godziny 13:00,
- e) cena w złotych brutto ..... za jednostkę rozliczeniową: wykonane i opisane badanie tomografii komputerowej ponad 12 wykonanych i opisanych badań tomografii komputerowej w Pracowni Tomografii Komputerowej w danym dniu, w dni robocze od poniedziałku do piątku, od godz. 8.00 do godz. 13.00 – inne niż badanie wykonane w ramach umowy ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne ASDK,
- f) cena w złotych brutto ..... za jednostkę rozliczeniową: wykonane i opisane badanie tomografii komputerowej ponad 12 wykonanych i opisanych badań tomografii komputerowej w Pracowni Tomografii Komputerowej w danym dniu, w dni robocze od poniedziałku do piątku, od godziny 8.00 do godziny 13.00, które zostało wykonane w ramach umowy ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne ASDK,
- g) cena w złotych brutto ..... za jednostkę rozliczeniową: badanie Tomografii Komputerowej - opisane w ramach umowy ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne ASDK,

- Oferuję ceny za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych oraz tzw. dyżurów medycznych w Izbie Przyjęć w kwocie ..... złotych – za 1 godzinę

- Oferuję ceny za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych oraz tzw. dyżurów medycznych w Oddziale Terapii i Rehabilitacji Neurologicznej w kwocie ..... złotych – za 1 godzinę

- Oferuję cenę za jedną godzinę wykonywania zadań ratownika medycznego w Izbie Przyjęć w kwocie ..... złotych – za 1 godzinę.

- *Dotyczy pracy na konkretnym Oddziale/Zakładzie*

- 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.

#### **ZAŁĄCZNIKI:**

- 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. Kserokopie 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*)