

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

.....  
.....  
**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 ciągu miesiąca:<sup>6</sup>**

- a) w zakresie udzielania, organizacji i koordynacji świadczeń świadczeń, o których mowa w pkt 1 ppkt 1-17 Mat.Inf. - ..... godzin miesięcznie;
- b) w zakresie świadczeń, o których mowa w pkt 1 ppkt 18 Mat. Inf. (zabiegi) – ..... zabiegów w miesiącu;
- c) w zakresie świadczeń, o których mowa w pkt 1 ppkt 19 Mat. Inf. (tzw. dyżury medyczne) – ..... godziny w miesiącu,

**- Oferuję ceny określone w formularzach cenowych – załączniki 1-3;**

- 17) 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) .
- 18) **Szpital Grochowski to podstawowe miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych:** – TAK  NIE
- 19) pobiera emeryturę: TAK  NIE
- 20) pobiera rentę: TAK  NIE  - orzeczony stopień niepełności: .....
- 21) zapoznał się z „Informacją na podstawie art. 13 RODO skierowaną do wszystkich osób i podmiotów zainteresowanych konkursami ofert”, zawartą w ogłoszeniu o konkursie ofert;

<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.

- 22) 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. Wypełnione formularze cenowe – **zał. 1-3;**
- II. Poświadczony wydruk z CEIDG – **zał. nr 4.**
- III. 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 5.**
- IV. Poświadczona kopia nadania numeru NIP, chyba że nr NIP wynika z innych złożonych w ofercie dokumentów – **zał. nr 6.**
- V. Poświadczona kopia prawa wykonywania zawodu – **zał. nr 7.**
- VI. Poświadczona kopia dyplomu/świadectwa – **zał. nr 8.**
- VII. Poświadczona kopia specjalizacji lub karty specjalizacji (lub innych kwalifikacji, kursów) – **zał. nr 9 (lub 9a, 9b, 9c... itd.).**
- VIII. Kserokopia aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego u Oferenta brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – **zał. nr 10.**
- IX. Kserokopie polis OC lub oświadczenie zawierające zobowiązanie do przedłożenia kopii polis – **zał. nr 11,**
- X. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w odpowiednich zakresach, z podaniem okresów w których usługi te były udzielane – **zał. nr 12.**
- XI. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z Szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta – **zał. nr 13.**

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