

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

.....  
..... 1

**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 UDZIELENIE 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 diagnosty laboratoryjnego\***, tj. jest osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny;
- 4) 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>3</sup>

<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> Niepotrzebne skreślić,

- 5) posiada aktualne **orzeczenie lekarskie** stwierdzające brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych **albo** zobowiązuje się do przedłożenia kopii orzeczenia lekarskiego na dzień podpisania umowy;<sup>4</sup>
- 6) 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”;
- 7) posiada uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert;
- 8) posiada wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
- 9) dysponuje odpowiednim potencjałem do wykonania zamówienia;
- 10) znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
- 11) 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”;
- 12) **oferuje następujące warunki:**
  - **Oferuję dostępność w ciągu miesiąca:**<sup>5</sup>  
w zakresie świadczeń zdrowotnych tj. wykonywania zadań diagnostyki laboratoryjnego – ..... godziny w miesiącu,
  - **Oferuję cenę za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w kwocie:**  
..... złotych – **za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Diagnostycznym Laboratorium Analitycznym i w Pracowni Serologii i Banku Krwi**
- 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;
- 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.

#### 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 książki 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/świadczenia – **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)

<sup>4</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>5</sup> Oferowana dostępność nie może być mniejsza niż minimalna wymagana przez Udzielającego zamówienia w warunkach konkursu ofert.