

Warszawa, dnia.....2024 roku

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>

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

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 medyczny 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>
- 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) 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:

**Zakres nr 1 do Konkursu nr KO\_03\_04\_2024**

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

<sup>3</sup> Niepotrzebne skreślić,

<sup>4</sup> Niepotrzebne skreślić

**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 Medycznym Laboratorium Diagnostycznym i w Pracowni Serologii i Banku Krwi

**Zakres nr 2 do Konkursu nr KO 03 04 2024**

Oferuję dostępność w ciągu miesiąca w odpowiednim zakresie:<sup>6</sup>

w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych – ..... godziny w miesiącu,

Oferuję ceny za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w kwocie ..... złotych;

14. wnosi o objęcie ubezpieczeniem społecznym i dokonanie stosownych potrąceń z wynagrodzenia na:

- 1) podatek dochodowy
- 2) składki na ubezpieczenie społeczne: zdrowotna , emerytalna , rentowa , chorobowa (dobrowolna) .

15. Szpital Grochowski to podstawowe miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych: – TAK  NIE

16. pobiera emeryturę: TAK  NIE

17. pobiera rentę: TAK  NIE  - orzeczony stopień niesprawności: .....

18. zapoznał się z „Informacją na podstawie art. 13 RODO skierowaną do wszystkich osób i podmiotów zainteresowanych konkursami ofert”, zawartą w ogłoszeniu o konkursie ofert;

19. 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:**

1. Poświadczony wydruk z CEIDG – zał. nr 1.

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

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

2. 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**.
3. Poświadczona kopia nadania numeru NIP, chyba że nr NIP wynika z innych złożonych w ofercie dokumentów – **zał. nr 3**.
4. Poświadczona kopia prawa wykonywania zawodu – **zał. nr 4**.
5. Poświadczona kopia dyplomu/świadectwa – **zał. nr 5**.
6. Poświadczona kopia specjalizacji lub karty specjalizacji (lub innych kwalifikacji, kursów) – **zał. nr 6 (lub 6a, 6b, 6c... itd.)**.
7. Kserokopia aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego u Oferenta brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – **zał. nr 7**.
8. Kserokopie polis OC lub oświadczenie zawierające zobowiązanie do przedłożenia kopii polis – **zał. nr 8**,
9. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w odpowiednich zakresach, z podaniem okresów w których usługi te były udzielane – **zał. nr 9**.
10. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z Szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta – **zał. nr 10**.

**CZŁONEK ZARZĄDU**



**Krzysztof Osmański**

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