

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.

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

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 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,
  - 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. 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>
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>5</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:

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

<sup>4</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>5</sup> Niepotrzebne skreślić.

#### Zakres nr 1 do Konkursu nr KO 06 10 2024

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

w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie Chirurgii Ogólnej w ilości..... godzin w miesiącu,

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

#### Zakres nr 2 do Konkursu nr KO 04 06 2024

Oferuję dostępność w ciągu miesiąca w odpowiednim zakresie:<sup>7</sup>

w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie Chirurgii Plastycznej i Onkologicznej w ilości..... godziny w miesiącu,

Oferuję

- a. .... % miesięcznej wartości wykonanych i prawidłowo udokumentowanych świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii Onkologicznej, obliczonej według obowiązującej wyceny danych świadczeń zdrowotnych, stosowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwanej dalej „wyceną NFZ”;
- b. ....% miesięcznej wartości wykonanych i prawidłowo udokumentowanych świadczeń zdrowotnych (procedur onkologiczno – plastycznych) w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej, obliczonej według obowiązującej wyceny danych świadczeń zdrowotnych, stosowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwanej dalej „wyceną NFZ”.

#### Zakres nr 3 do Konkursu nr KO 06 10 2024

Oferuję dostępność w ciągu miesiąca:<sup>8</sup>

w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie Anestezjologii i Intensywnej Terapii ..... godziny w miesiącu,

Oferuję ceny za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie Anestezjologii i Intensywnej Terapii w kwocie ..... złotych;

#### Zakres nr 4 do Konkursu nr KO 06 10 2024

Oferuję dostępność w ciągu miesiąca:<sup>9</sup>

w zakresie świadczeń zdrowotnych w zakresie Chorób Wewnętrznych w Oddziałach Wewnętrznych Szpitala oraz tzw. dyżury medyczne – ..... godzin w miesiącu,

Oferuję cenę za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie Chorób Wewnętrznych w Oddziałach wewnętrznych Szpitala w kwocie:

- a. .... złotych – za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku, gdy Oferent wykona w danym miesiącu świadczenia zdrowotne w liczbie do 96 godzin czyli jeżeli suma godzin przepracowanych w danym miesiącu nie przekroczy 96;
- b. .... złotych – za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku, gdy Oferent wykona w danym miesiącu świadczenia zdrowotne w liczbie co najmniej 97 godzin czyli jeśli suma godzin przepracowanych w danym miesiącu przekroczy 96

Udzielający zamówienia informuje, że stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych w Oddziałach wewnętrznych Szpitala, w liczbie co najmniej 97 godzin w danym miesiącu, może być podwyższona - zgodnie z poniższą ofertą - maksymalnie o 10 zł, za każdą przepracowaną godzinę za dany miesiąc

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

<sup>7</sup> Oferowana dostępność nie może być mniejsza niż minimalna wymagana przez Udzielającego zamówienia w warunkach konkursu ofert.

<sup>8</sup> Oferowana dostępność nie może być mniejsza niż minimalna wymagana przez Udzielającego zamówienia w warunkach konkursu ofert.

<sup>9</sup> Oferowana dostępność nie może być mniejsza niż minimalna wymagana przez Udzielającego zamówienia w warunkach konkursu ofert.

Zakres nr 5 do Konkursu nr KO 06 10 2024

Oferuję dostępność w ciągu miesiąca:<sup>10</sup>

w zakresie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Terapii i Rehabilitacji Neurologicznej – .....  
godziny w miesiącu,

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

Zakres nr 6 do Konkursu nr KO 06 10 2024

Oferuję dostępność w ciągu miesiąca:<sup>11</sup>

w zakresie świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Leczenia Bólu ..... godzin w miesiącu

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

Zakres nr 7 do Konkursu nr KO 06 10 2024

Oferuję dostępność w ciągu miesiąca w odpowiednim zakresie:<sup>12</sup>

w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie Konsultacji Psychiatrycznych w ilości .....  
godzin w miesiącu,

Zakres nr 8 do Konkursu nr KO 06 10 2024

Oferuję dostępność w ciągu miesiąca:

w zakresie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Kardiologii Szpitala oraz tzw. dyżury medyczne  
..... godzin w miesiącu,

Oferuję cenę za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Kardiologii Szpitala w  
kwocie:

a. .... złotych – za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku, gdy Oferent  
wykona w danym miesiącu świadczenia zdrowotne w liczbie do 96 godzin czyli jeżeli suma godzin  
przepracowanych w danym miesiącu nie przekroczy 96;

b. .... złotych – za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku, gdy Oferent  
wykona w danym miesiącu świadczenia zdrowotne w liczbie co najmniej 97 godzin czyli jeśli suma  
godzin przepracowanych w danym miesiącu przekroczy 96

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

13. 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) .

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

15. pobiera emeryturę: TAK  NIE

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

17. 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>10</sup> Oferowana dostępność nie może być mniejsza niż minimalna wymagana przez Udzielającego zamówienia w warunkach konkursu ofert.

<sup>11</sup> Oferowana dostępność nie może być mniejsza niż minimalna wymagana przez Udzielającego zamówienia w warunkach konkursu ofert.

18. 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.
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.

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 31 Października 2024r.

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.

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

  
CZŁONEK ZARZĄDU  
Krzysztof Osmański

<sup>12</sup> Oferowana dostępność nie może być mniejsza niż minimalna wymagana przez Udzielającego zamówienia w warunkach konkursu ofert.

