

Warszawa, dnia.....2025 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

.....
.....
.....
.....
.....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

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

² 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 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;³
- 5) posiada aktualne **orzeczenie lekarskie** stwierdzające brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych **albo** zobowiązuje się do przedłożenia kopii orzeczenia lekarskiego na dzień podpisania umowy;⁴
- 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 05 03 2025

Oferuję dostępność w ciągu miesiąca w zakresie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnieniem dyżurów medycznych w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej oraz udzielaniem porad i konsultacji w Izbie Przyjęć w ilości..... godziny w miesiącu,

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

Zakres nr 2 do Konkursu nr KO 05 03 2025

Oferuję dostępność w ciągu miesiąca:⁵

w zakresie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji w Poradni Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej w ilościgodziny w miesiącu

³ Niepotrzebne skreślić,

⁴ Niepotrzebne skreślić

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

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

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.
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 udziela 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.

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

CZŁONEK ZARZĄDU
Szpitala Grochowskiego
im. dr med. Rafała Masztaka Spółka z o.o.
w Warszawie
Krzysztof Osmański

