

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

.....  
.....  
.....<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 diagnostów laboratoryjnych:

.....

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 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 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 11 10 2025

Oferuję dostępność w ciągu miesiąca:<sup>5</sup>

W zakresie świadczeń zdrowotnych tj. wykonywania zadań diagnostyki laboratoryjnej – ..... godziny w miesiącu, Oferuję cenę za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w kwocie ..... złotych za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym przez Diagnostę Laboratoryjnego.

<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

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

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 niepełności: .....
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. Poświadczony wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) – zał. nr 3.
4. Poświadczona kopia prawa wykonywania zawodu – zał. nr 4.
5. Poświadczona kopia dyplomu/świadczenia – 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.

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

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

