

.....
pieczęć Oferenta

..... dnia

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chirurgii - Centrum Leczenia Kamicy oraz w Poradni Ortopedycznej oraz wykonywanie zabiegów na Bloku Operacyjnym część chirurgiczna, jak również w innych komórkach organizacyjnych SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, zwanymi dalej „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/5/2025

I. DANE OFERENTA

1. Imię i nazwisko Oferenta
2. Adres z kodem
3. tel. e-mail
4. NIP REGON
5. Nr dyplomu potwierdzającego ukończenie studiów
6. Nr prawa wykonywania zawodu
7. Nr dyplomu specjalizacji
8. PESEL, Data urodzenia

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie Świadczeń Zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chirurgii - Centrum Leczenia Kamicy oraz w Poradni Ortopedycznej oraz wykonywanie zabiegów na Bloku Operacyjnym część chirurgiczna, jak również w innych komórkach organizacyjnych SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie ortopedii i traumatologii, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia stanowiącym Załącznik nr 2 do SWKO, na zasadach określonych w SWKO i umowie, której wzór stanowi Załącznik nr 3 do SWKO.

III. WARTOŚĆ OFERTY

Oferuję cenę:

- a) Za udzielenie świadczeń zdrowotnych w **Poradni Ortopedycznej** w wysokości% wartości poprawnie rozliczonych/sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia i zatwierdzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia produktów rozliczeniowych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wynikającej z umowy SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym a Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowym Funduszem Zdrowia, w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej: ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci, włącznie również wynikających i z zakresu - ze wskazań nagłych oraz świadczeń pierwszorzadowych;
- b) za udzielenie świadczeń zdrowotnych w **Poradni Ortopedycznej** na rzecz pacjenta nieuprawnionego do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, któremu udzielono świadczeń w trybie nagłym w wysokości, jaka przysługiwałaby przyjmującemu zamówienie w sytuacji, gdyby pacjent posiadał prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czyli zgodnie lit. a);
- c) Za wykonane **zabiegi operacyjne** w wysokości% wartości poprawnie rozliczonych/sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia i zatwierdzonych przez

Narodowy Fundusz Zdrowia produktów rozliczeniowych w ramach leczenia specjalistycznego wynikającej z umowy SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym a Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowym Funduszem Zdrowia, w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej: Chirurgia Dziecięca - Hospitalizacja w danym okresie rozliczeniowym;

- d) za wykonane zabiegi operacyjne, w przypadku objęcia danego świadczeniobiorcy, u którego został wykonany zabieg operacyjny, wnioskiem o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń w rozumieniu przepisów wynikających z zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (Sprawozdanie lub rozliczenie świadczenia, którego koszt przekracza wartość zdefiniowaną w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne) w wysokości określonej w lit. c) dla JGP ujętego we wniosku o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń,
- e) za wykonane zabiegi operacyjne na rzecz pacjenta nieuprawnionego do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych hospitalizowanego w trybie nagłym w wysokości, jaka przysługiwałaby przyjmującemu zamówienie w sytuacji, gdyby pacjent posiadał prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czyli zgodnie z lit. c.

IV. ISTOTNE WARUNKI UMOWY

1. Oświadczam, że akceptuję i nie zgłaszam zastrzeżeń do postanowień zawartych we wzorze umowy, stanowiącym Załącznik nr 3 do SWKO i zobowiązuję się do zawarcia umowy na wskazanych warunkach i w terminie określonym przez Udzielającego Zamówienia.
2. Oświadczam, że posiadam wszystkie odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz, że prawo do wykonywania zawodu lekarza nie zostało zawieszone.
3. Oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz szkolenie w zakresie BHP.
4. Oświadczam, że oferowane świadczenia będą wykonywane przeze mnie osobiście, na poziomie zgodnym z przyjętymi u Udzielającego Zamówienia standardami oraz z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP.
5. Oświadczam, że posiadam zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na upublicznienie moich danych osobowych (nazwę/firmę lub imię i nazwisko) w rozstrzygnięciu konkursu ofert na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia.
7. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie - polisę obowiązkowego ubezpieczenia OC lub pisemne zobowiązanie się oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, również w zakresie odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV i WZW, za szkody wyrządzone przy udzielaniu lub zaniechaniu udzielania świadczeń zdrowotnych, na sumę ubezpieczenia nie niższą niż 100 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia, na okres ich udzielania.
8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia.

V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ogólnymi warunkami umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

2. Oświadczam, że w okresie ostatnich pięciu lat poprzedzających termin składania ofert w niniejszym konkursie SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym nie rozwiązał ze mną umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Termin ważności oferty wynosi 30 dni od terminu składania ofert.

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

1. Dokument stwierdzający wpis do Rejestru Praktyk Zawodowych lub oświadczenie o założeniu wniosku o rejestrację praktyki w OIL (zaświadczenie pobrane on-line),
2. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (zaświadczenie on-line),
3. Kserokopia dyplomu uzyskania tytułu lekarza,
4. Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza,
5. Kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe, w tym dyplom specjalizacji, kursów.
6. Kserokopia certyfikatu Kursu Ochrony Radiologicznej Pacjenta
7. Kserokopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub pisemne zobowiązanie się oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej OC przed zawarciem umowy na udzielanie świadczeń,
8. Kserokopia aktualnego orzeczenie lekarskie wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych wystawione przez lekarza medycyny pracy posiadającego przeszkolenie w jednostce badawczo-rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy w zakresie badań profilaktycznych pracowników narażonych na działanie promieniowania jonizującego (lekarz z uprawnieniami do wystawiania orzeczeń lekarskich z tzw. „J”),
9. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o szkoleniu w zakresie BHP,
10. Kserokopia zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego,
11. Oświadczenie Oferenta o zamieszkiwaniu w ciągu ostatnich 20 lat w krajach, innych niż Rzeczpospolita Polska oraz o posiadanym obywatelstwie, wg załącznika nr 4 do SWKO. W przypadku zamieszkiwania/posiadania innego obywatelstwa – zaświadczenie o niekaralności z danego kraju,
12. Oświadczenie oferenta, że kopie złożone w ofercie są zgodne z posiadanymi oryginałami,
13. CV.

podpis osoby umocowanej do reprezentowania Oferenta