



pieczętka Oferenta

dnia _____

FORMULARZ OFERTOWY

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym w szczególności w Klinicznym Oddziale Chirurgii – Centrum Leczenia Kamicy, Poradni Ortopedycznej, na Bloku Operacyjnym w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, zwanych dalej „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/26/2025

I. DANE OFERENTA

1. Imię i nazwisko Oferenta - _____
2. Adres zameldowania - _____
3. Adres do korespondencji - _____
4. Pełna nazwa firmy (zgodnie z CEIDG) - _____
5. Adres wykonywania działalności gospodarczej - _____
6. PESEL _____ NIP _____ REGON _____
7. tel. _____ e-mail _____
8. Posiadane uprawnienia:
Nr dyplomu potwierdzającego ukończenie studiów _____
Nr prawa wykonywania zawodu _____
Dziedzina specjalizacji: _____ Nr dyplomu specjalizacji _____

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w szczególności w Klinicznym Oddziale Chirurgii – Centrum Leczenia Kamicy, Poradni Ortopedycznej, na Bloku Operacyjnym oraz innych komórkach organizacyjnych SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, 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 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 od odpowiedzialności cywilnej lub zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem umowy przed zawarciem umowy. Zobowiązuję się do dostarczenia kopii polisy Udzielającemu Zamówienia najpóźniej w dniu poprzedzającym zawarcie umowy.
8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych wg harmonogramu uzgodnionego 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. Aktualny dokument stwierdzający wpis do rejestru indywidualnych praktyk/ indywidualnych specjalistycznych praktyk prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską lub oświadczenie o założeniu wniosku o rejestrację praktyki w OIL (zaświadczenie pobrane on-line);
2. Aktualny dokument stwierdzający wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub zaświadczenie o wpisie 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 orzeczenia lekarskiego 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 Rzeczypospolita 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 Oferenta

^{*)} niepotrzebne skreślić