



pieczętka Oferenta

_____ dnia _____

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmiot leczniczy w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej na rzecz pacjentów SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, zwanych dalej „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/31/2026

I. DANE OFERENTA

1. Pełna nazwa podmiotu leczniczego - _____
2. Forma prawna / spółka - _____
3. Adres siedziby - _____
4. Adres do korespondencji - _____
5. KRS / inny rejestr - _____
6. NIP _____ REGON _____ Numer księgi rejestrowej RPWDL _____
7. tel. _____ e-mail _____
8. Osoby uprawnione do reprezentacji: _____
9. Osoba do kontaktu: _____

II. PRZEDMIOT OFERTY

Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ na rzecz pacjentów 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. WYKAZ OSÓB STANOWIĄCYCH ZASÓB KADROWY OFERENTA

Lp.	Imię i nazwisko lekarza	Nr PWZ	Specjalizacja
1			
2			
3			
4			

IV. WARTOŚĆ OFERTY

Oferuję cenę:

Za wykonanie zabiegów operacyjnych:

- % kwoty bazowej wynikającej z rozliczenia produktu kontraktowego (grupy JGP), zgodnie z umową zawartą pomiędzy SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym a Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej:
- chirurgii dziecięcej – w ramach wykonywanych zabiegów z chirurgii dziecięcej obliczonej, z uwzględnieniem współczynnika korygującego ze względu na wiek świadczeniobiorcy, na podstawie obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ.

Za ambulatoryjną opiekę specjalistyczną w Poradni Otolaryngologicznej:

-% wartości sprawozdanych i poprawnie zweryfikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia produktów rozliczeniowych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Poradni Otolaryngologicznej wynikającej z umowy SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym a Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowym Funduszem Zdrowia, w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej: otolaryngologii dla dzieci, włącznie również wynikających i z zakresu - ze wskazań nagłych oraz świadczeń pierwszorazowych - z uwzględnieniem współczynnika korygującego ze względu na wiek świadczeniobiorcy.

V. ISTOTNE WARUNKI UMOWY

- 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.
- Oświadczam, że posiadam aktualny wpis do RPWDL w zakresie objętym przedmiotem konkursu,
- Oświadczam, że posiadam obowiązkowe ubezpieczenie OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą i zobowiązuję się do jego przedłożenia przed zawarciem umowy.
- Oświadczam, że zapewnię realizację świadczeń wyłącznie przez osoby wskazane w wykazie i zaakceptowane przez Udzielającego Zamówienia, na poziomie zgodnym z przyjętymi u Udzielającego Zamówienia standardami oraz z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP
- Oświadczam, że osoby wskazane w wykazie jako zasób kadrowy posiadają:
 - wszystkie odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz, że prawo do wykonywania zawodu lekarza nie zostało im zawieszone.
 - aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz szkolenie w zakresie BHP,
 - zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na upublicznienie moich danych osobowych (nazwę/firmę i adres) w rozstrzygnięciu konkursu ofert na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia.
- Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych wg harmonogramu uzgodnionego z Udzielającym Zamówienia.

VI. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ogólnymi warunkami umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
- 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.
- Termin ważności oferty wynosi 30 dni od terminu składania ofert.

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

L.p.	Rodzaj dokumentu ^{*)}	Dołączono do oferty (zaznaczyć „X”)	
		TAK	NIE
1.	Aktualny odpis KRS / dokument rejestrowy ^{*)} nie starszy niż 3 miesiące		
2.	Aktualny wpis do RPWDL		
3.	Aktualna polisa OC		
4.	Kserokopia dyplomu uzyskania tytułu lekarza - osób wykazanych w pkt. III		
5.	Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza - osób wykazanych w pkt. III		
6.	Kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe - osób wykazanych w pkt. III		

Załącznik nr 1 do SWKO

7.	Aktualne orzeczenie lekarskie wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych wystawione przez lekarza medycyny pracy - osób wykazanych w pkt. III		
8.	Aktualne zaświadczenia o szkoleniu w zakresie BHP - osób wykazanych w pkt. III		
9.	Aktualne zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego (nie starszy niż 3 miesiące) - osób wykazanych w pkt. III		
10	Oświadczenie Oferenta o zamieszkiwaniu w ciągu ostatnich 20 lat poza RP oraz o posiadanym obywatelstwie (załącznika nr 4 do SWKO) - - osób wykazanych w pkt. III		
11.	Oświadczenie oferenta o zgodności kopii dokumentów z posiadanymi oryginałami.		
12.	Inne – wymienić jakie		

Data i podpis Oferenta

^{*)} niepotrzebne skreślić