**Załącznik nr 1 do SWKO**

_____ _____ dnia _____

pieczątka Oferenta

# F O R M U L A R Z  O F E R T O W Y

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie otorynolaryngologii dziecięcej na rzecz pacjentów SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, zwanych dalej „świadczenia zdrowotne".**

**Znak: KOSZ/51/2026**

## 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 _____
   Specjalizacja: _____

## II. PRZEDMIOT OFERTY

Oferuję osobiste wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie otorynolaryngologii dziecięcej, polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z otorynolaryngologii dziecięcej w Klinicznym Oddziale Otorynolaryngologii, Bloku Operacyjnym oraz na Izbie Przyjęć i w Poradni Otolaryngologicznej 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. WARTOŚĆ OFERTY

Oferuję cenę:

- …….- brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach 07:30-15:30 oraz pełnienia dyżurów lekarskich w Klinicznym Oddziale Otorynolaryngologii oraz w Izbie Przyjęć;
- …….- brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru pod telefonem bez wezwania.

W przypadku wezwania i konieczności przyjazdu do podmiotu leczniczego, czas udzielania świadczeń zdrowotnych będzie rozliczany według stawki godzinowej za pracę lekarza. Jeżeli wezwanie będzie wymagało wykonania zabiegu operacyjnego, wynagrodzenie za jego wykonanie będzie rozliczane według ustalonego procentu od wartości zabiegu, zamiast stawki godzinowej za czas jego trwania;

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: - Otorynolaryngologia Dziecięca - Hospitalizacja – w ramach wykonywanych zabiegów w zakresie z otorynolaryngologii 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, na podstawie obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ.

**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**

| L.p. | Rodzaj dokumentu | Dołączono do oferty (zaznaczyć „X”) | |
|---|---|---|---|
| | | TAK | NIE |
| 1. | Aktualny wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące | | |
| 2. | Aktualny wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy | | |
| 3. | Kserokopia dyplomu uzyskania tytułu lekarza | | |
| 4. | Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza | | |
| 5. | Kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe, w tym specjalizacje | | |
| 6. | Aktualna polisa OC | | |
| 7. | Aktualne orzeczenie lekarskie wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych, wystawione przez lekarza medycyny pracy | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 8. | Aktualne zaświadczenia o szkoleniu w zakresie BHP, | | |
| 9. | Aktualne zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego (nie starszy niż 3 miesiące), | | |
| 10. | Oświadczenie Oferenta o zamieszkiwaniu w ciągu ostatnich 20 lat poza RP oraz o posiadanym obywatelstwie (załącznika nr 4 do SWKO), | | |
| 11. | Oświadczenie oferenta o zgodności kopii dokumentów z posiadanymi oryginałami, | | |
| 12. | CV, | | |
| 13. | Inne – wymienić jakie<br>…….. | | |

_____

*) niepotrzebne skreślić

*Data i podpis Oferenta*