

**Zespół Opieki Zdrowotnej**  
**„Szpitala Powiatowego”**  
**w Sochaczewie**  
ul. Batalionów Chłopskich 3/7  
96-500 Sochaczew

**O F E R T A**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:**

**VIII. Usługi realizowane przez lekarzy w Dziale Diagnostyki Medycznej**

**a) wykonywanie badań rezonansu magnetycznego wraz z opisem oraz nadzór merytoryczny nad badaniami rezonansu magnetycznego w Zespole Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie.**

**I. Instrukcja dla Oferenta**

1. Niniejszy formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony w języku polskim, pismem czytelnym lub komputerowo, parafowany na każdej stronie oraz podpisany na końcu dokumentu przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione dane muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem” i podpisane przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Pełnomocnictwo do podpisania oferty, o którym mowa w pkt 1, winno być dołączone w oryginale jako załącznik do niniejszej oferty, o ile umocowanie nie wynika z innych dokumentów dołączonych przez Oferenta.

**II. Dane Oferenta**

|                                                                                   |                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Pełna nazwa Oferenta</b>                                                       |                                             |
| <b>Siedziba Oferenta</b>                                                          | kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu   |
| <b>nr tel. Oferenta/ osoby upoważnionej</b>                                       |                                             |
| <b>e-mail Oferenta/ osoby upoważnionej</b>                                        |                                             |
| <b>Nr wpisu do CEIDG / KRS<sup>1</sup>(organ dokonujący wpisu)</b>                |                                             |
| <b>Nr księgi rejestrowej podmiotów leczniczych/ organ rejestrujący</b>            |                                             |
| <b>PESEL</b>                                                                      |                                             |
| <b>Nr prawa wykonywania zawodu</b>                                                |                                             |
| <b>Kwalifikacje zawodowe (specjalizacje, kursy, certyfikaty, stopnie naukowe)</b> |                                             |
| <b>Staż pracy</b>                                                                 |                                             |
| <b>Staż pracy zgodny z przedmiotem konkursu</b>                                   |                                             |
| <b>Liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych<sup>1</sup></b>                | Według załącznika nr 1 do SWKO <sup>1</sup> |
| <b>Nr konta bankowego i nazwa banku</b>                                           |                                             |

<sup>1</sup>Dotyczy podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz.U. z 2024 r. poz. 799)

### III. Proponowane warunki ilościowo-kosztowe Oferenta

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert zgodnie z wymogami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
2. Proponuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w następującym zakresie w ilości godzin i według wysokości stawki kwoty brutto (zł) za 1 godzinę/opis udzielania świadczeń zdrowotnych, określonej poniżej:

Tabela nr 1

| Zakres świadczeń zdrowotnych                            | Proponowana przeciętna ilość pkt/ badań/opisów/ godzin w miesiącu | Brutto(zł) za 1 pkt/ za 1 badanie/ 1 opis/ 1 godzinę świadczonych usług zdrowotnych (przez lekarza specjalistę lub specjalistę I stopnia) | Brutto(zł) za 1 pkt/ za 1 badanie/ 1 opis/ 1 godzinę świadczonych usług zdrowotnych (przez lekarza w trakcie specjalizacji) |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| wykonywanie badań rezonansu magnetycznego wraz z opisem |                                                                   |                                                                                                                                           |                                                                                                                             |
| nadzór nad Pracownią Rezonansu Magnetycznego            |                                                                   |                                                                                                                                           |                                                                                                                             |

### IV. Oświadczenie Oferenta

#### Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, Regulaminem Pracy Komisji Konkursowej, wzorem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Zapoznał się ze wszystkimi koniecznymi dokumentami, przepisami prawa i uregulowaniami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia oraz pozyskał informacje niezbędne do wykonania zamówienia na świadczenia zdrowotne.
3. Oferent związany jest złożoną przez siebie ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Nie wnosi zastrzeżeń do projektu umowy i zobowiązuje się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia. Jednocześnie strony dopuszczają możliwość modyfikacji i konieczność uszczegółowienia zapisów zależnie od zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy oraz formy prowadzonej działalności gospodarczej.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym na dzień złożenia oferty.
6. Posiada odpowiedni potencjał kadrowy, organizacyjny i finansowy niezbędny do realizacji świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym<sup>1</sup> lub posiada odpowiednie kwalifikacje, wiedzę umiejętności i uprawnienia do osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych, które potwierdza stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty.
7. Zapewnia realizację świadczeń objętych zakresem konkursu i złożoną ofertą zgodnie z SWKO.
8. Przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych przez niego wykonanych, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.).
9. Nie jest świadczeniodawcą i nie udziela świadczeń zdrowotnych wykonywanych w ramach umowy zawartej bezpośrednio z Narodowym Funduszem Zdrowia (lub innym organem bądź podmiotem właściwym w zakresie pełnienia funkcji płatnika świadczeń zdrowotnych wedle obowiązujących przepisów prawa).
10. W pełni ponosi ryzyko gospodarcze związane z prowadzoną działalnością i samodzielnie oraz na własne ryzyko będzie dokonywał rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i Urzędem Skarbowym w związku z realizacją umowy zawartej na podstawie niniejszego postępowania

- konkursowego oraz zatrudniania osób (w oparciu o stosunek pracy lub umowy cywilnoprawne) realizujących świadczenia zdrowotne, zgodnie z obowiązującymi i aktualnymi przepisami prawa.
11. Oświadcza, iż Zespół Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie nie rozwiązał z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Oferenta.
  12. Nie był karany za żadne przestępstwo umyślne, przestępstwo skarbowe i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie karne ani postępowanie karne skarbowe.
  13. Nie jest zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów prawa.
  14. Nie jest pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
  15. Posiada polisę OC w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem oferty przez okres obowiązywania umowy lub oświadcza, że przedłoży kserokopię polisy poświadczoną za zgodność z oryginałem najpóźniej w dniu poprzedzającym rozpoczęcie udzielania świadczeń zdrowotnych.
  16. Zapoznał się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych.
  17. Wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych - zgodnie z art.6. ust.1. lit. a). Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1).

.....  
podpis i pieczęć Oferenta

#### **V. Załączniki do oferty:**

##### **1. W przypadku oferenta będącego osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszym postępowaniem konkursu ofert:**

- a) Zaświadczenie o wpisie indywidualnej/indywidualnej specjalistycznej praktyki do rejestru podmiotów leczniczych (wydruk księgi rejestrowej).
- b) Zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (wydruk z CEIDG)
- c) Kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- d) Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe, w tym kserokopia dyplomów, specjalizacji, kursów, szkoleń, certyfikatów;
- e) Kopia polisy ubezpieczeniowej OC lub pisemne oświadczenie o przedłożeniu kopii polisy najpóźniej w dniu poprzedzającym rozpoczęcie udzielania świadczeń zdrowotnych;
- f) Aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych wydawane przez lekarza medycyny pracy;
- g) Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy;
- h) lub oświadczenie o posiadaniu części aktualnych dokumentów przez Dział Kadr i Płac Zespołu Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie;
- i) Wypełniony formularz ofertowy.

##### **2. W przypadku oferenta będącego podmiotem leczniczym zatrudniającym osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu ofert:**

- a) Aktualny odpis z właściwego rejestru (KRS) wystawiony nie wcześniej niż 6 m-cy przed upływem składania ofert lub Zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
- b) Wpis do księgi rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wydruk księgi rejestrowej wojewody);
- c) Numer REGON;
- d) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
- e) Kopia polisy ubezpieczeniowej OC lub pisemne oświadczenie o przedłożeniu kopii polisy najpóźniej w dniu poprzedzającym rozpoczęcie udzielania świadczeń zdrowotnych;
- f) Kserokopia Statutu podmiotu leczniczego i Regulaminu organizacyjnego;
- g) Kserokopia umowy spółki (jeśli dotyczy);
- h) lub oświadczenie o posiadaniu części aktualnych dokumentów przez Dział Kadr i Płac Zespołu Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie
- i) Wypełniony formularz ofertowy;
- j) Wykaz osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych, poprzez podanie nr PESEL, wraz z wykazem uprawnień i kwalifikacji zawodowych oraz nr prawa wykonywania zawodu.

lub

**3. Podpisane oświadczenie o treści (jeśli dotyczy, zaznaczyć pkt oświadczenia i złożyć podpis):**

Oświadczam, że wszystkie/pozostałe wymagane dokumenty do konkursu ofert są **aktualne** i znajdują się już w posiadaniu Zespołu Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie.

.....  
podpis i pieczęć Oferenta