

# FORMULARZ OFERTOWY

Składam niniejszą ofertę na:

## I. DANE OFERENTA

**PEŁNA NAZWA OFERENTA (zgodnie z właściwym rejestrem):**

**ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI:**

**ADRES ZAMIESZKANIA:**

**NIP:**

**REGON:**

**NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU I DATA JEGO UZYSKANIA:**

**Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu:**

**Nr telefonu:** ..... **adres e-mail:** .....

**Kwalifikacje zawodowe** (posiadane dyplomy, posiadane specjalizacje bądź specjalizacje w trakcie, kursy, uprawnienia (prawo wykonywania zawodu), certyfikaty):

Staż pracy (w tym w zawodzie lekarza)

.....  
**Przebieg pracy zawodowej** .....

.....  
Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

.....  
(wpisać bank i nr konta)

Do niniejszej oferty załączam wymagane w warunkach zamówienia dokumenty i oświadczenia jako załączniki:

Do niniejszej oferty załączam wymagane w warunkach zamówienia dokumenty i oświadczenia jako załączniki:

1. Aktualny wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez właściwą Izbę Lekarską, z wpisem adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
2. Poświadczone kopie dokumentów (dyplomy, prawo wykonywania zawodu lekarza, posiadana specjalizacja, zaświadczenie o odbycie specjalizacji, karta szkolenia specjalizacyjnego w przypadku odbywania specjalizacji, przebieg pracy zawodowej, certyfikaty potwierdzające umiejętności w zakresie wykonywania badań o których mowa w przedmiocie zamówienia);
3. Aktualną polisę OC;
4. Aktualny wpis z CEIDG;
5. Kopię aktualnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do świadczenia usług w ramach świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu;
6. Kopię aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia BHP;
7. Inne.....

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis i pieczęć oferenta

## **II. OFERTA SZCZEGÓŁOWA**

### **Oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi Warunkami Konkursów Ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Warszawie w miejscu wskazanym w umowie przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Zamawiającego.
3. Prowadzi działalność leczniczą w dziedzinie..... zarejestrowaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą / rejestr, indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC).
6. Posiada wpis w księdze Rejestrowej o Rodzaju Działalności Leczniczej i Praktyki Zawodowej z wpisem adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych.
7. Posiada uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty.
8. Oferuję dyspozycyjność do udzielenia świadczeń zdrowotnych w placówkach przy:

ul. Nowowiejskiej 10

ul. Nowowiejskiej 5

ul. Nowowiejskiej 31

Dni Tygodnia	od .... do... Co ..... minut	Liczba godzin NFZ	Pracownia ul.....	od.....do.... Co ..... minut	Liczba godzin Medycyna Pracy/Wojskowe Komisje Lekarskie	Pracownia ul.....	Od.....do..... Co ..... minut	Liczba godzin Odpłatne świadczenia zdrowotne	Pracownia ul.....
Poniedziałek									
Wtorek									
Środa									
Czwartek									
Piątek									
Przeciętna liczba godzin									

9. O wyborze miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych decydują aktualne potrzeby Udzielającego zamówienia i strony ustalają miejsce zgodnie z umową. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do zmiany harmonogramu świadczeń medycznych w zależności od potrzeb kadrowych lub wielkości kontraktu.

**10. Godziny pracy w zakresie odpłatnych świadczeń zdrowotnych, Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich nie mogą pokrywać się ze świadczeniami w ramach NFZ.**

11. Zamawiający ma prawo do wyboru określonych godzin wskazanych powyżej (umieszczonych w tabelce). Kryteria wyboru ofert dotyczy tylko tych godzin w których Udzielający zamówienia ma potrzeby do zapewnienia udzielania świadczeń w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Dokładny harmonogram (dni i godz.) udzielania świadczeń zdrowotnych zostanie ustalony z Naczelną Pielęgniarką.

12. Przyjmując do wiadomości, iż świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz łączności Udzielającego zamówienia, oświadczam, że za realizację zamówienia oczekuję należności (brutto) wg następującej kalkulacji oraz akceptuje następujący system wynagradzania:

**PAKIET I: świadczenia zdrowotne w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia**

<b>Opis Holterów w terminie do 14 dni</b>	Świadczenia w zakresie NFZ	<b>ul. Nowowiejska 31 ul. Nowowiejska 5</b> liczba lekarzy 1-2	Wartość za wykonanie 1 badania wraz z opisem w ramach NFZ (cena oczekiwana nie więcej niż 45,00 zł za opis  ul. Nowowiejska 31 ul. Nowowiejska 5 Maksymalna liczba opisów w trakcie trwania Umowy: 1600
---	----------------------------	---	---

**PAKIET II: świadczenia zdrowotne w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji**

<b>Opis Holterów w terminie do 14 dni</b>	Świadczenia w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich	<b>ul. Nowowiejska 10 ul. Nowowiejska 31</b> liczba lekarzy 1-2	Stawka za jednego przyjętego pacjenta z zakresu Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich – wartość oczekiwana  .....zł nie wyższa niż 45,00 zł za opis ul. Nowowiejska 10 ul. Nowowiejska 31 Maksymalna liczba opisów w trakcie trwania Umowy: 480
<b>Opis Holterów w terminie do 7 dni</b>	Świadczenia w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich	<b>ul. Nowowiejska 10 ul. Nowowiejska 31</b> liczba lekarzy 1-2	Stawka za jednego przyjętego pacjenta z zakresu Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich – wartość oczekiwana  .....zł nie wyższa niż 50,00 zł za opis ul. Nowowiejska 10 ul. Nowowiejska 31 Maksymalna liczba opisów w trakcie trwania Umowy: 480

### PAKIET III: świadczenia zdrowotne w ramach świadczeń odpłatnych

Opis Holterów w terminie do 14 dni	Świadczenia w zakresie świadczeń odpłatnych	ul. Nowowiejska 31 ul. Nowowiejska 5 liczba lekarzy 1	Stawka za jeden opis w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych - wartość oczekiwana  ..... nie wyższa niż 50% za w stosunku do obowiązującego cennika SPL dla PW SPZOZ w Warszawie z ewentualnym uwzględnieniem przyznanego rabatu firmom i podmiotom zewnętrznym.  Liczba odpłatnych opisów w okresie trwania umowy:  ul. Nowowiejska 31 ul. Nowowiejska 5 Maksymalna liczba opisów w trakcie trwania Umowy: 100
------------------------------------	---	---	---

14. Deklaruję ilość..... opisów holterów w ramach świadczeń zdrowotnych NFZ w trakcie trwania umowy.

15. Deklaruję ilość..... opisów holterów w ramach świadczeń zdrowotnych z zakresu Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Wojskowych w trakcie trwania umowy.

16. Deklaruję ilość..... opisów holterów w ramach świadczeń zdrowotnych z zakresu świadczeń odpłatnych w trakcie trwania umowy.

**Ceny podane w formularzu ofertowym, są cenami niezmiennymi, obowiązującymi do końca trwania umowy. Ceny nie podlegają zmianie ani negocjacji.**

17. Przyjmujący zamówienie dokonuje podpisania umowy zgodnie z treścią szczegółowych istotnych warunków zamówienia.

18. Z wybranym Oferentem zostanie podpisana umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodna w treści ze wzorem załączonym do SWKO.

19. Podmioty gospodarcze posiadające na dzień składania ofert umowę kontraktową o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze Specjalistyczną Przychodnią Lekarską dla Pracowników Wojska SPZOZ w Warszawie biorące udział w postępowaniu będą mogły podpisać nową umowę, jeżeli złożona obecnie oferta będzie korzystniejsza dla Przychodni pod względem finansowym i zabezpieczenia świadczeń.

20. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie ma ważną umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, której termin i zakres pokrywałyby się z niniejszą umową i postanowienia niniejszej umowy są korzystne lub neutralne dla Udzielającego zamówienia w stosunku do tej ważnej umowy, to Strony postanawiają, że umowa Nr..... z dnia .....rozwiązuje się w całości na mocy porozumienia stron w przeddzień rozpoczęcia obowiązywania niniejszej umowy.

21. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie ma ważną umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, której termin i zakres pokrywałyby się z niniejszą umową i postanowienia niniejszej umowy są niekorzystne dla Udzielającego zamówienia w stosunku do tej ważnej umowy, to Strony postanawiają, że umowa niniejsza zaczyna obowiązywać po dniu wygaśnięcia obowiązywania umowy Nr ..... z dnia.....tj.

22. Strony umowy mogą w drodze porozumienia stron zmienić umowę pod warunkiem, że zmiana będzie

korzystna lub neutralna dla Udzielającego zamówienia. Zmiana może dotyczyć również zwiększenia ilości punktów do wykonania przez Przyjmującego zamówienie, jeżeli z analizy Udzielającego zamówienia wynikać będzie, że jest to zmiana neutralna lub korzystna dla Udzielającego zamówienia, a środki zabezpieczone na wykonanie umowy znajdują się w planie finansowym i brak jest przesłanek do ogłoszenia dodatkowych konkursów, ze względu na czas konieczności wykonania dodatkowych punktów lub brak dodatkowych miejsc u Udzielającego zamówienia na wykonanie świadczeń lub godzin w których mogą być wykonywane lub też prognozę, że na ogłoszony dodatkowy konkurs nikt najprawdopodobniej się nie zgłosi lub ceny zaproponowane będą wyższe niż w przedmiotowym konkursie. Art. 27 ust.5 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. leczniczej o działalności leczniczej, stosuje się odpowiednio. Cena jednostkowa za punkt lub badanie nie może zostać podwyższona przez cały czas obowiązywania umowy.

23. W przypadku, w której Przyjmujący zamówienie ma zawartą inną ważną umowę z Udzielającym zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych dopuszcza się wykonywanie niniejszej umowy również w godzinach wskazanych w poprzednio zawartej ważnej umowie, której termin obowiązywania częściowo lub całkowicie pokrywa się niniejszą umową, pod warunkiem oświadczenia przez Przyjmującego zamówienie w ofercie, że wykonywanie niniejszej umowy nie wpłynie niekorzystnie na wykonanie poprzednio zawartej umowy i Przyjmujący zamówienie jest w stanie wykonać zobowiązania z obydwu umów, zgodnie z przepisami, w tym zgodnie z zapisami tych umów. W przypadku gdy Przyjmujący zamówienie został wybrany w postępowaniu dotyczącym niniejszej umowy i złożył powyższe oświadczenie, stanowiące **załącznik nr 5** do umowy, dopuszcza się wykonywanie obydwu umów i przepisów o wyborze jednej z umów wskazanych w ust. 19 i 20 nie stosuje się.

### **III. OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z PRZEPISAMI PRAWNYMI**

1. *Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.*
2. *Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.*
3. *Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 90 dni od daty upływu terminu składania ofert.*
4. *Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, Prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numerów telefonu stacjonarnego i komórkowego, e - mail przez SPL dla PW SPZOZ w Warszawie dla potrzeb bieżącego konkursu ofert i realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Przychodni.*
5. *Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu wskazanego w ofercie w SPL dla PW SPZOZ w Warszawie nie udzielam innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w Przychodni.*
6. *Oświadczam, że nie toczy się przeciw mnie postępowanie dotyczące odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza.*
7. *Oświadczam, iż przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych, dostarczę polisę ubezpieczeniową i będę ją utrzymywał przez cały okres trwania umowy z Udzielającym Zamówienia.*
8. *Oświadczam, że dane zawarte we wniosku podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o nich Udzielającego Zamówienia*
9. *Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.*
10. *Oświadczam, że nie jestem podmiotem polegającym wykluczeniu w rozumieniu art.7 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspierania agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. 2022 poz.835)*

*(miejscowość, data)*

*(podpis i pieczęć Oferenta)*

**Oświadczenie Oferenta**

Oświadczam, że jestem stroną umowy zawartej z Specjalistyczną Przychodnią Lekarską dla Pracowników Wojska Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie w dniu ..... o nr ..... której termin obowiązywania częściowo/całkowicie\* będzie się pokrywał z niniejszą umową. Oświadczam, że wykonanie niniejszej umowy nie wpłynie niekorzystnie na wykonanie uprzednio zawartej umowy i jestem w stanie wykonać zobowiązania z obydwu umów, zgodnie z przepisami, w tym zgodnie z zapisami obydwu wyżej wymienionych umów.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
Podpis Oferenta

