

## 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:

1. Aktualny wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez właściwą Izbę Lekarską, z wpisem adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
2. Poświadczona 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. Kopię Certyfikatu Ochrony Radiologicznej Pacjenta (ważnego w dniu 23.09.2019 r.) lub w przypadku braku ważnego certyfikatu deklarację zdobycia 20 punktów szkoleniowych lub odbycia szkolenia w zakresie ochrony radiologicznej i zdania egzaminu do dnia 22.09.2024 r.
8. 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 placówce:

**przy ul. Nowowiejskiej 5**

O wyborze miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych decydują aktualne potrzeby Udzielającego zamówienia i strony ustalają miejsce zgodnie z umową.

| <b>DNI TYGODNIA</b>                 | <b>OD ..... DO .....</b> | <b>LICZBA GODZIN w ramach NFZ</b> | <b>OD ..... DO .....</b> | <b>LICZBA GODZIN ODPLATNE ŚWIADCZENIA*</b> |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--|
| Poniedziałek                        |                          |                                   |                          |  |
| Wtorek                              |                          |                                   |                          |  |
| Środa                               |                          |                                   |                          |  |
| Czwartek                            |                          |                                   |                          |  |
| Piątek                              |                          |                                   |                          |  |
| Przeciętna liczba godzin w tygodniu |                          |                                   |                          |  |

\*godziny pracy w zakresie odpłatnych świadczeń zdrowotnych nie mogą pokrywać się ze świadczeniami w ramach NFZ.

1. Udzielający zamówienia ma prawo do wyboru określonych godzin wskazanych powyżej (umieszczonych w tabelce). Wybrane oferty nie powodują automatycznie, iż

wszystkie godziny bądź przedział godzin zostaną wybrane. Dokładny harmonogram (dni i godz.) udzielania świadczeń zdrowotnych zostanie ustalony z Kierownikiem Poradni Stomatologicznych lub innym pracownikiem Udzielającego zamówienia posiadającym stosowne upoważnienie.

2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że nie jest podmiotem podlegającym wykluczeniu w rozumieniu art. 7 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2022 r. poz. 835).

3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż spełnia warunki określone w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062 z późn. zm.).

4. 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 wg niżej określonych stawek:

## **Pakiet I**

### **Świadczenia w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w dziedzinie:**

#### **1) za świadczenia z zakresu chirurgii stomatologicznej – Poradnia chirurgii stomatologicznej i periodontologii ul. Nowowiejska 5**

- Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową w ramach NFZ wynosi:

..... zł

Liczba punktów przewidziana w konkursie (na miesiąc): **19 533,23 pkt**

Liczba lekarzy przewidziana w konkursie: **1 lekarz**

#### **2) za świadczenia z zakresu protetyki stomatologicznej – Poradnia protetyki stomatologicznej ul. Nowowiejska 5**

- Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową w ramach NFZ wynosi:

..... zł

Liczba punktów przewidziana w konkursie (na miesiąc): **35 173,53 pkt**

Liczba lekarzy przewidziana w konkursie: **1 lekarz**

## **Pakiet II**

### **Świadczenia w ramach usług pełnopłatnych w dziedzinie:**

#### **1) świadczenia z zakresu stomatologii ogólnej – Poradnia stomatologiczna Nowowiejska 5:**

a) .....%\* ceny wykonanej usługi zgodnie z cennikiem SPL dla PW SPZOZ w Warszawie polegającej na wykonywaniu usługi pełnopłatnej dla pacjentów niefinansowanej lub nierozliczanej w ramach umowy z NFZ, z uwzględnieniem

ewentualnie przyznanego rabatu.

\* stawka oczekiwana nie wyższa niż 40% w stosunku do obowiązującego cennika SPL dla PW SPZOZ w Warszawie z ewentualnym uwzględnieniem przyznanego rabatu firmom i podmiotom zewnętrznym.

**Deklaruję:** minimalną wartość wykonywanych usług pełnopłatnych dla pacjentów (poza NFZ) .....  
w okresie trwania umowy oraz maksymalną wartość wykonywanych usług pełnopłatnych dla pacjentów (poza NFZ)  
.....w okresie trwania umowy.

b) .....%\*\* ceny wykonanej usługi zgodnie cennikiem SPL dla PW SPZOZ w Warszawie polegającej na wykonywaniu usługi pełnopłatnej dla pacjentów niefinansowanej lub nierozliczanej w ramach umowy z NFZ, z uwzględnieniem ewentualnie przyznanego rabatu od usługi pełnopłatnej jeżeli ich wartość przekracza kwotę 20.000,- PLN z wyłączeniem prac protetycznych, w takim przypadku wynagrodzenie z lit. a) nie przysługuje.

\*\* stawka oczekiwana nie wyższa niż 45% w stosunku do obowiązującego cennika SPL dla PW SPZOZ w Warszawie z ewentualnym uwzględnieniem przyznanego rabatu firmom i podmiotom zewnętrznym.

**Deklaruję:** minimalną wartość wykonywanych usług pełnopłatnych dla pacjentów (poza NFZ) .....  
w okresie trwania umowy oraz maksymalną wartość wykonywanych usług pełnopłatnych dla pacjentów (poza NFZ)  
.....w okresie trwania umowy.

## **2) świadczenia z zakresu protetyki stomatologicznej – Poradnia protetyki stomatologicznej Nowowiejska 5:**

.....%\* ceny wykonanej usługi polegającej na wykonywaniu jednostkowej usługi pełnopłatnej dla pacjentów niefinansowanej lub nierozliczanej w ramach umowy z NFZ, przy pomocy pracowni protetycznej z którą podpisana umowę ma Udzielający zamówienia oraz pracowni protetycznych wewnętrznych (wskazanych w Regulaminie Organizacyjnym Udzielającego zamówienia) - zgodnie z cennikiem SPL dla PW SPZOZ w Warszawie z uwzględnieniem ewentualnie przyznanego rabatu oraz po odliczeniu od tej jednostkowej usługi pełnopłatnej kosztów pracowni protetycznych.

\*stawka oczekiwana nie wyższa niż 50% w stosunku do obowiązującego cennika SPL dla PW SPZOZ w Warszawie z ewentualnym uwzględnieniem przyznanego rabatu firmom i podmiotom zewnętrznym i po odliczeniu kosztów pracowni protetycznych.

**Deklaruję:** minimalną wartość wykonywanych usług pełnopłatnych dla pacjentów (poza NFZ) .....  
w okresie trwania umowy oraz maksymalną wartość wykonywanych usług pełnopłatnych dla pacjentów (poza NFZ)  
..... w okresie trwania umowy.

## **3) świadczenia z zakresu stomatologii ogólnej z możliwością wykonywania prac ortodontycznych - Poradnia ortodontyczna Nowowiejska 5:**

a) .....%\* ceny wykonanej usługi zgodnie z cennikiem SPL dla PW SPZOZ w Warszawie polegającej na wykonywaniu jednostkowej usługi pełnopłatnej z zakresu świadczeń ogólnostomatologicznych dla pacjentów, niefinansowanej lub nierozliczanej w ramach umowy z NFZ, z uwzględnieniem ewentualnie przyznanego rabatu.

\* stawka oczekiwana nie wyższa niż 40% w stosunku do obowiązującego cennika SPL dla PW SPZOZ w Warszawie z ewentualnym uwzględnieniem przyznanego rabatu firmom i podmiotom zewnętrznym.

**Deklaruję:** minimalną wartość wykonywanych usług pełnopłatnych dla pacjentów (poza NFZ) .....

w okresie trwania umowy oraz maksymalną wartość wykonywanych usług pełnopłatnych dla pacjentów (poza NFZ) ..... w okresie trwania umowy.

b) .....%\*\* ceny wykonanej usługi zgodnie z cennikiem SPL dla PW SPZOZ w Warszawie polegającej na wykonywaniu jednostkowej usługi pełnopłatnej dla pacjentów niefinansowanej lub nierozliczanej w ramach umowy z NFZ, przy pomocy pracowni ortodontycznej, z którą podpisaną umowę ma Udzielający zamówienia, oraz pracowni wewnętrznych (wskazanych w Regulaminie Organizacyjnym Udzielającego zamówienia) – zgodnie z cennikiem SPL dla PW SPZOZ w Warszawie z uwzględnieniem ewentualnie przyznanego rabatu oraz po odliczeniu od tej jednostkowej usługi pełnopłatnej kosztów pracowni protetycznych.

\*\* stawka oczekiwana nie wyższa niż 65% w stosunku do obowiązującego cennika SPL dla PW SPZOZ w Warszawie z ewentualnym uwzględnieniem przyznanego rabatu firmom i podmiotom zewnętrznym.

**Deklaruję:** minimalną wartość wykonywanych usług pełnopłatnych dla pacjentów (poza NFZ) ..... w okresie trwania umowy oraz maksymalną wartość wykonywanych usług pełnopłatnych dla pacjentów (poza NFZ) ..... w okresie trwania umowy.

5. Wynagrodzenie jednostkowe podane w formularzu ofertowym, jest wynagrodzeniem niezmiennym, obowiązującym do końca trwania umowy, z zastrzeżeniem zdania drugiego. Wynagrodzenie jednostkowe nie podlega zmianie ani negocjacji, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych we wzorze umowy, przy czym zmiana musi uwzględniać zapisy obowiązującego prawa, w tym w szczególności z art. 27 ust. 5 ustawy dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.). Koszt pracowni protetycznej wewnętrznej oblicza się na podstawie stawek kosztów pośrednich i bezpośrednich obliczonych przez Udzielającego zamówienia za okresy kwartalne (styczeń – marzec, kwiecień – czerwiec, lipiec – wrzesień, październik – grudzień), przyjmując do obliczeń na dany kwartał stawki kosztów z poprzedniego kwartału i Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na obliczanie kosztów na wskazanych powyżej zasadach i wykorzystywaniu tych kosztów do obliczania wynagrodzenia zgodnie z § 13 ust. 2 i 3 wzoru umowy. Koszt pracowni z którą podpisaną umowę ma Udzielający zamówienia obejmuje stawki wskazane za daną usługę, zgodnie z zawartą umową pomiędzy pracownią protetyczną, a Udzielającym zamówienia.

6. W przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie ma ważną umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, której termin i zakres pokrywałby się z niniejszą umową i postanowieniami niniejszej umowy, które 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 tj. z dniem.....

7. W przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie ma ważną umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, której termin i zakres pokrywałby się z niniejszą umową i postanowieniami niniejszej umowy, które 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. niniejsza umowa zaczyna obowiązywać z dniem..... .

8. 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. 3 albo 4 wzoru umowy nie stosuje się. **(Do oferty Oferent w przypadku spełnienia warunków wskazanych w niniejszym ustępie ma obowiązek dołączyć wypełniony załącznik nr 5 do wzoru umowy).**

**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\* pokrywa się z niniejszą umową z dnia .....nr..... .

Oświadczam, że wykonanie niniejszej umowy z dnia .....nr ..... 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**

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia ofert*

### **OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

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, że wyrażam/nie wyrażam zgody na doręczanie przez Komisję Konkursową oświadczeń i zawiadomień za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail wskazanym w formularzu ofertowym bez zachowania wymogów dotyczących bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 262 z późn. zm.).
8. Oświadczam, iż przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych, dostarczę polisę ubezpieczeniową i będę ją utrzymywał przez cały okres trwania umowy z Udzielającym Zamówienia.
9. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o nich Udzielającego Zamówienia
10. Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.
11. Oświadczam, że nie jest podmiotem polegającym wykluczeniu 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)