

FORMULARZ OFERTOWY

Składam niniejszą ofertę na:

.....
(nr Pakietu i zakres świadczeń)

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.....

.....

miejsowość i data

.....

podpis i pieczęć oferenta

Oferent oświadcza, że:

- ul. Nowowiejskiej 10
ul. Nowowiejskiej 5
ul. Nowowiejskiej 31
ul. Andersa 14/16

[illegible]

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

| Zakres (nazwa komórki organizacyjnej) | Rodzaj zlecenia | Liczba lekarzy i miejsce udzielania świadczeń | Sposób rozliczania |
|---|--|---|---|
| 2 | 3 | 4 | 6 |
| Poradnia Dermatologiczna | Świadczenia w ramach kontraktu z NFZ | ul. Nowowiejska 5 liczba lekarzy 1 - 2 | <p><u>Świadczenia specjalistyczne*:</u></p> <p>Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi:</p> <p>..... zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p>..... zł (praca z pielęgniarką).</p> <p><u>Świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe*:</u></p> <p>Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi:</p> <p>..... zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p>..... zł (praca z pielęgniarką).</p> <p>ul. Nowowiejska 5 Ilość jednostek specjalistycznych: 11 569 pkt. miesięcznie Ilość jednostek specjalistycznych pierwszorazowych: 6764 pkt. miesięcznie</p> <p><u>Wymagane:</u> * Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz w tygodniu co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym 08:00-14:00 lub co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 14:00-18:00</p> |

| | | | |
|--------------------------------|----------------------------|---|--|
| Poradnia Kardiologiczna | Świadczenia w zakresie NFZ | ul. Nowowiejska 5 liczba lekarzy: 1-2 ul. Andersa 14/16 liczba lekarzy: 1- 2 | <p><u>Świadczenia specjalistyczne*:</u></p> <p>Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi:</p> <p>..... zł (praca bez pielęgniarki) z wykonaniem badania USG – Echo serca przez Przyjmującego zamówienie.</p> <p>..... zł (praca z pielęgniarką) z wykonaniem badania USG – Echo serca przez Przyjmującego zamówienie.</p> <p><u>Świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe*:</u></p> <p>Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi:</p> <p>..... zł (praca bez pielęgniarki) z wykonaniem badania USG – Echo serca przez Przyjmującego zamówienie.</p> <p>ul. Nowowiejska 5 Ilość jednostek specjalistycznych: 4390 pkt. miesięcznie w poradni Ilość jednostek specjalistycznych pierwszorazowych: 2947 pkt. miesięcznie w poradni</p> <p>ul. Andersa 14/16 Ilość jednostek specjalistycznych: 14728 pkt. miesięcznie w poradni Ilość jednostek specjalistycznych pierwszorazowych: 5841 pkt. miesięcznie w poradni</p> <p><u>Wymagane:</u> <i>* Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz w tygodniu co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym 08:00-14:00 lub co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 14:00-18:00</i></p> |
| Poradnia Neurologiczna | Świadczenia w zakresie NFZ | ul. Nowowiejska 31 liczba lekarzy: 1-2 ul. Nowowiejska 5 liczba lekarzy: 1-2 | <p><u>Świadczenia specjalistyczne*:</u></p> <p>Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi:</p> <p>..... zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p><u>Świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe*:</u></p> <p>Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi:</p> <p>..... zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p>ul. Nowowiejska 31 Ilość jednostek specjalistycznych: 36 150 miesięcznie Ilość jednostek specjalistycznych pierwszorazowych: 11 853 miesięcznie</p> <p>ul. Nowowiejska 5 Ilość jednostek specjalistycznych: 11 883 miesięcznie Ilość jednostek specjalistycznych pierwszorazowych: 10 715 miesięcznie</p> <p><u>Wymagane:</u> <i>* Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz w tygodniu co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym 08:00-14:00 lub co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 14:00-18:00</i></p> |

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--|---|
| <p>Poradnia Okulistyczna</p> | <p>Świadczenia w zakresie NFZ</p> | <p>ul. Andersa 14/16 liczba lekarzy 1</p> | <p><u>Świadczenia specjalistyczne*:</u></p> <p>a) Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi: zł (praca bez pielęgniarki) w tym wykonywanie przez Przyjmującego zamówienie podczas wizyty badań okulistycznych tj.: AKR; RR; Grubość Rogówki; Pole Widzenia; Mezotest; Badanie Wczesnego Wykrywania Zaćmy (kontrast); EFDT - 30; Pole Neurologiczne; Pole Jaskrowe*.</p> <p>b) Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi: zł (praca bez pielęgniarki) w tym wykonywanie w gabinecie diagnostycznym badań wstępnych okulistycznych przez pielęgniarkę tj.: AKR; RR; Grubość Rogówki; Pole Widzenia; Mezotest; Badanie Wczesnego Wykrywania Zaćmy (kontrast); EFDT - 30; Pole Neurologiczne; Pole Jaskrowe*.</p> <p><u>Świadczenia zabiegowe*:</u></p> <p>a) Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi: zł (praca bez pielęgniarki) w tym wykonywanie przez Przyjmującego zamówienie podczas wizyty badań okulistycznych tj.: AKR; RR; Grubość Rogówki; Pole Widzenia; Mezotest; Badanie Wczesnego Wykrywania Zaćmy (kontrast); EFDT - 30; Pole Neurologiczne; Pole Jaskrowe*.</p> <p>b) Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi: zł (praca bez pielęgniarki) w) w tym wykonywanie w gabinecie diagnostycznym badań wstępnych okulistycznych przez pielęgniarkę tj.: AKR; RR; Grubość Rogówki; Pole Widzenia; Mezotest; Badanie Wczesnego Wykrywania Zaćmy (kontrast); EFDT - 30; Pole Neurologiczne; Pole Jaskrowe*.</p> <p>d) <u>Świadczenia ze wskazań nagłych*:</u></p> <p>a) Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi: zł (praca bez pielęgniarki) w) w tym wykonywanie w gabinecie diagnostycznym badań wstępnych okulistycznych przez pielęgniarkę tj.: AKR; RR; Grubość Rogówki; Pole Widzenia; Mezotest; Badanie Wczesnego Wykrywania Zaćmy (kontrast); EFDT - 30; Pole Neurologiczne; Pole Jaskrowe*.</p> <p>ul. Andersa 14/16 Ilość jednostek specjalistycznych: 18 175 miesięcznie w poradni Ilość jednostek zabiegowych 75 miesięcznie w poradni Ilość jednostek ze wskazań nagłych 690 miesięcznie w poradni</p> <p><i>*Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych min. 1 raz w tygodniu co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym 08:00-14:00 lub co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 14:00-18:00</i></p> |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--|---|

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

| | | | |
|---------------------------------|---|--|--|
| Poradnia Pulmunologiczna | Świadczenia w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich | ul. Nowowiejska 10 liczba lekarzy: 1-2 | Stawka za jednego przyjętego pacjenta z zakresu Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich – wartość oczekiwana zł za konsultację pulmonologiczną Liczba konsultacji w okresie trwania umowy: ul. Nowowiejska 10 – 800 |
| Poradnia Alergologiczna | Świadczenia w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich | ul. Nowowiejska 10 Liczba lekarzy: 1 | Stawka za jednego przyjętego pacjenta z zakresu Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich – wartość oczekiwana zł za konsultację alergologiczną Liczba konsultacji w okresie trwania umowy: ul. Nowowiejska 10 -100 |
| Poradnia Onkologiczna | Świadczenia w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich | ul. Nowowiejska 10 Liczba lekarzy: 1 | Stawka za jednego przyjętego pacjenta z zakresu Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich – wartość oczekiwana zł za konsultację onkologiczną Liczba konsultacji w okresie trwania umowy: ul. Nowowiejska 10 – 100 |
| Poradnia Neurologiczna | Świadczenia w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich | ul. Nowowiejska 31 Liczba lekarzy: 1-4 | Stawka za jednego przyjętego pacjenta z zakresu Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich – wartość.....zł za konsultację reumatologiczną Liczba konsultacji w okresie trwania umowy: ul. Nowowiejska 31 – 8 100 |
| Poradnia Dermatologiczna | Świadczenia w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich | ul. Nowowiejska 5 Liczba lekarzy: 1 | Stawka za jednego przyjętego pacjenta z zakresu Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich – wartość.....zł za konsultację dermatologiczną Liczba konsultacji w okresie trwania umowy: ul. Nowowiejska 5 – 240 |

13. Deklaruję możliwość wypracowania w ramach świadczeń zdrowotnych NFZ;

- jednostek rozliczeniowych **specjalistycznych min.** w ilości..... w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul.
- jednostek rozliczeniowych **specjalistycznych max.** w ilości..... w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul.....
- jednostek rozliczeniowych **specjalistycznych min.** w ilości..... w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul.

- jednostek rozliczeniowych **specjalistycznych max.** w ilości..... w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul.....

- jednostek rozliczeniowych specjalistycznych **pierwszorazowych min.** w ilości w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul.....

- jednostek rozliczeniowych specjalistycznych **pierwszorazowych max.** w ilościw ciągu miesiąca w Przychodni przy ul.....

- jednostek rozliczeniowych specjalistycznych **pierwszorazowych min.** w ilości w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul.....

- jednostek rozliczeniowych specjalistycznych **pierwszorazowych max.** w ilościw ciągu miesiąca w Przychodni przy ul.....

- Deklaruję przyjęcia pacjentów co minut.

14. Deklarujęilość konsultacji specjalistycznych **w ramach świadczeń zdrowotnych z zakresu Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Wojskowych** w trakcie trwania umowy.

- Deklaruję przyjęcia pacjentów co minut.

15. Deklarujęilość konsultacji specjalistycznych **w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych** w trakcie trwania umowy.

- Deklaruję przyjęcia pacjentów co minut.

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

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

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

18. 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.

19.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 dniarozwiązuje się w całości na mocy porozumienia stron w przeddzień rozpoczęcia obowiązywania niniejszej umowy.

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 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.

21. 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.

22. 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