

# FORMULARZ OFERTOWY

## PAKIET II

**Świadczenia zdrowotne w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej, wraz z udzielaniem świadczeń zdrowotnych z zakresu Medycyny Pracy oraz konsultacji internistycznych na rzecz Wojskowych Komisji Lekarskich.**

Składam niniejszą ofertę.

### **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. Poświadczone kopie dokumentów (dyplomy, prawo wykonywania zawodu lekarza, posiadana specjalizacja, zaświadczenie o odbycie specjalizacji, karta szkolenia specjalizacyjnego w przypadku odbywania specjalizacji, zaświadczenie o stażu pracy, certyfikaty potwierdzające umiejętności w zakresie wykonywania badań o których mowa w przedmiocie zamówienia);
3. Aktualna polisa OC
4. Aktualny wpis z CEIDG
5. Kopia aktualnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do świadczenia usług w ramach świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu i zaświadczenie sanitarno-epidemiologicznych.
6. Kopia aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia BHP.
7. Inne .....

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis i pieczęć

## **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 (zaznaczyć wybraną):
  - I. przy ul. Nowowiejskiej 5
  - II. przy ul. Nowowiejskiej 10
  - III. przy ul. Nowowiejskiej 31
  - IV. przy ul. Andersa 14 i 16

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 zdrowotnych w zależności od potrzeb kadrowych lub wielkości kontraktu.

Wizyty domowe należy wskazać w tabeli poniżej tj. w ilości 2 razy w tygodniu po 1,5 godziny

<b>DNI TYGODNIA</b>	<b>OD .....DO.....</b>	<b>LICZBA GODZIN</b>	<b>ULICA</b>
Poniedziałek			
(w tym wizyty domowe)			
Wtorek			
(w tym wizyty domowe)			
Środa			
(w tym wizyty domowe)			
Czwartek			
(w tym wizyty domowe)			
Piątek			
(w tym wizyty domowe)			
Przeciętna liczba godzin w tygodniu			

Zamawiający ma prawo do wyboru określonych godzin wskazanych powyżej (umieszczonych w tabeli powyżej). Kryteria wyboru ofert dotyczy tylko tych godzin w których Udzielający zamówienia ma potrzeby do zapewnienia udzielania świadczeń w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. 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 Wydziału Sprzedaży i Rozliczeń Świadczeń Medycznych i /lub Pielęgniarką Koordynującą placówki, w której udzielane będą świadczenia.

9. 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).

10. 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:

***Świadczenia zdrowotne w ramach POZ i/lub Medycyny Pracy i/lub Wojskowych Komisji Lekarskich***

Lp.		Wartość za udzielane świadczenia w zakresie:
1	<p><b>Pakiet II</b></p> <p><b>Podstawowa Opieka Zdrowotna/ udzielanie świadczeń z zakresu Medycyny Pracy i konsultacji na rzecz WKŁ w tym:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- świadczenia w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej ( w tym wizyty domowe),</li> <li>- badanie profilaktyczne (wstępne, okresowe, kontrolne) z wydaniem orzeczenia,*</li> <li>- badanie lekarskie osób ubiegających się lub posiadających pozwolenie na broń,</li> <li>- badanie lekarskie osób ubiegających się o wpis lub posiadających wpis na listę wykwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej,</li> <li>- badanie pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące,</li> <li>- badanie do celów sanitarno – epidemiologicznych,</li> <li>- kwalifikacje do szczepień osób spoza listy ,sezonowa grypa i inne ( oprócz CoVID- 19),</li> <li>- świadczenia lekarza POZ w ramach profilaktyki CHUK, choroby odtytoniowe ( w tym: POCHP),</li> <li>- obowiązek uczestnictwa lekarza POZ w audytach w zakresie akredytacji POZ, udzielanie świadczeń i prowadzenie dokumentacji pozostającej w zgodzie ze standardami akredytacyjnymi,</li> <li>- udział w komisji BHP/ przegląd stanowisk,</li> <li>- badanie lekarskie z wydaniem orzeczenia osobie ubiegającej się o uprawnienia do kierowania pojazdami oraz kierowców;</li> <li>-koordynowanie zespołu POZ.</li> <li>- wystawianie i rozliczanie karty DILO</li> </ul> <p>* Zakres badań zgodny z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników,</p>	<p>1.1. Wartość za 1 godzinę pracy .....zł w poradni POZ (w tym wizyty domowe) i w poradni Medycyny Pracy w godzinach pracy poradni min. 2 dni w tygodniu min.</p> <p><b>Wymagane:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- praca min. 2 razy w tygodniu minimum 3 godziny dziennie, maksimum 10 godzin dziennie w tym wizyty domowe 1 raz w tygodniu po 1,5 godziny,</li> </ul> <p>lub</p> <p>1.2. Wartość za 1 godzinę pracy .....zł w poradni POZ (w tym wizyty domowe) i w poradni Medycyny Pracy w godzinach pracy poradni min. 4 dni w tygodniu</p> <p><b>Wymagane:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- praca min. 4 razy w tygodniu minimum 6 godzin dziennie, maksimum 10 godzin dziennie w tym wizyty domowe 2 razy w tygodniu po 1,5 godziny,</li> </ul> <p>lub</p> <p>1.3. Wartość za 1 godzinę pracy .....zł w poradni POZ (w tym wizyty domowe) i w poradni Medycyny Pracy w godzinach pracy poradni 5 dni w tygodniu</p> <p><b>Wymagane:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- praca min. 5 razy w tygodniu minimum 6 godzin dziennie, maksimum 10 godzin dziennie w tym wizyty domowe 2 razy w tygodniu po 1,5 godziny,</li> </ul> <p>lub</p> <p>1.4. Wartość za 1 godzinę pracy .....zł w poradni POZ (w tym wizyty domowe) i w poradni Medycyny Pracy w godzinach pracy poradni 5 dni w tygodniu</p> <p><b>Wymagane:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- praca 5 razy w tygodniu, (w tym minimum 3 dni po 10 godzin dziennie oraz 2 dni po min.4 godziny dziennie, maksimum 10 godzin dziennie) w tym wizyty domowe 2 razy w tygodniu po 1,5 godziny</li> </ul>

	zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 607) oraz z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 stycznia 2018r. w sprawie orzekania o potrzebie udzielania nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia (DZ. U. 2021 r., poz. 2238).	Termin zawarcia umowy: od 26.11.2024 r. do 31.12.2025 r.
2.	<b>Świadczenia w ramach Komisji Wojskowych. Dodatkowa konsultacja orzecznicza dla potrzeb WKL.</b>	1.1 Stawka za 1 konsultację internistyczną na rzecz WKL .....zł lub 1.2. Stawka za 1 konsultację internistyczną na rzecz WKL wraz z opisem EKG .....zł

Zakres badań zgodny z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 607) oraz z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 stycznia 2018r. w sprawie orzekania o potrzebie udzielania nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia (DZ. U. 2021 r., poz. 2238). Lekarz medycyny pracy po uzgodnieniu z Zamawiającym może zlecić dodatkowe konsultacje specjalistyczne oraz badania diagnostyczne i analityczne, jeżeli stwierdzi, że jest to niezbędne dla prawidłowej oceny stanu zdrowia osoby badanej.

Zastrzega się, że oferta może być złożona wyłącznie na pkt 1a i 2 lub 1b i 2

*Deklaruję minimalna ilość konsultacji internistycznych na rzecz WKL..... w ciągu trwania umowy.*

*Deklaruję maksymalna ilość konsultacji internistycznych na rzecz WKL .....w ciągu trwania umowy.*

*Deklaruję minimalna ilość godzin w tygodniu..... udzielania świadczeń w ramach POZ/MP tj. minimalna ilość godzin .....w ciągu trwania umowy.*

*Deklaruję maksymalna ilość godzin w tygodniu ..... udzielania świadczeń w ramach POZ/MP tj. maksymalna liczba godzin .....w ciągu trwania umowy.*

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

11. Przyjmujący zamówienie dokonuje podpisania umowy zgodnie z treścią szczegółowych istotnych warunków zamówienia.
12. Z wybranym Oferentem zostanie podpisana umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodna w treści ze wzorem załączonym do SWKO w terminie: **od**. ..... **do**.....
13. 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.
14. 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 zamówienie 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.....r
15. 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. niniejsza umowa zaczyna obowiązywać z dniem.....r.
16. Strony umowy mogą w drodze porozumienia stron zmienić umowę pod warunkiem, że zmiana będzie korzystna lub neutralna dla Udzielającego zamówienia. Cena jednostkowa usługi nie może zostać podwyższona przez cały okres trwania umowy. Zmiany te nie mogą naruszać art. 27 ust. 5 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn.zm.).
17. 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 6** do umowy, dopuszcza się wykonywanie obydwu umów i przepisów o wyborze jednej z umów wskazanych w ust. 14 i 15 nie stosuje się.

### **III. OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE o zapoznaniu się z przepisami prawnym.**

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)  
i pieczęć Oferenta)

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)