

# FORMULARZ OFERTOWY

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem  
Zdrowia/odpłatnych świadczeń zdrowotnych

Składam niniejszą ofertę na świadczenia zdrowotne w zakresie:

.....

## 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. Poświadczony kopie dokumentów (dyplomy, prawo wykonywania zawodu lekarza, posiadana specjalizacja, zaświadczenie o odbyciu 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 ramach NFZ** w placówkach przy:

**ul. Nowowiejskiej 5**

**ul. Nowowiejskiej 31**

**ul. Andersa 14/16**

Dni Tygodnia	W godzinach od .... do...	Liczba godzin w ramach NFZ	Placówka 1	W godzinach od .... do...	Liczba godzin w ramach NFZ	Placówka 2	W godzinach od .... do...	Liczba godzin w ramach NFZ	Placówka 3
Poniedziałek									
Wtorek									
Środa									
Czwartek									
Piątek									
Przeciętna									

9. Oferuję dyspozycyjność do udzielenia świadczeń zdrowotnych **w ramach świadczeń odpłatnych** w placówkach przy: **ul. Nowowiejskiej 5**

Dni Tygodnia	W godzinach	Liczba godzin
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		
Przeciętna liczba godzin		

10. 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.

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

12. 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.

13. 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:

**Świadczenia zdrowotne w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz świadczenia odpłatne**

<b>Poradnia Chirurgii Ogólnej</b>	Świadczenia w zakresie NFZ	<b>ul. Nowowiejska 31</b> liczba lekarzy 1-3 <b>ul. Nowowiejska 5</b> liczba lekarzy 1-2 <b>ul. Andersa 16/18</b> liczba lekarzy 1-3	<p><b><u>Świadczenia specjalistyczne*:</u></b></p> <p>Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi:</p> <p>..... zł (praca z pielęgniarką), ..... zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p><b><u>Świadczenia zabiegowe*:</u></b></p> <p>Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową zabiegową w ramach NFZ wynosi:</p> <p>.....zł (praca z pielęgniarką), .... zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p><b>ul. Nowowiejska 31</b> Ilość jednostek specjalistycznych: <b>7 830</b> miesięcznie w poradni Ilość jednostek zabiegowych: <b>11 499</b> miesięcznie w poradni <u>Wymagane:</u> <i>*Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz (preferowane 2 razy) w tygodniu co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym 07:00-14:00 lub co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 14:00-20:00</i></p> <p><b>ul. Nowowiejska 5</b> Ilość jednostek specjalistycznych: <b>10 499</b> miesięcznie w poradni Ilość jednostek zabiegowych: <b>18 438</b> miesięcznie w poradni <u>Wymagane:</u> <i>*Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz (preferowane 2 razy) w tygodniu co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym 07:00-14:00 lub co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 14:00-20:00</i></p> <p><b>ul. Andersa 16/18</b> Ilość jednostek specjalistycznych: <b>2 442</b> miesięcznie w poradni Ilość jednostek zabiegowych <b>4 192</b> miesięcznie w poradni <u>Wymagane:</u> <i>*Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz (preferowane 2 razy) w tygodniu co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym 07:00-14:00 lub co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 14:00-20:00</i></p>
-----------------------------------	----------------------------	---	--

<b>Poradnia Chirurgii Ogólnej</b>	Odpłatne świadczenia zdrowotne	<b>ul. Nowowiejska 5</b> liczba lekarzy: 1	Stawka za jedną konsultację specjalistyczną w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych - wartość oczekiwana  .....zł 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 konsultacji w okresie trwania umowy: <b>ul. Nowowiejska 5 - 200</b>
---------------------------------------	--------------------------------	---	---

13. Deklaruję możliwość wypracowania w ramach świadczeń zdrowotnych NFZ (należy wybrać odpowiedni rodzaj jednostek rozliczeniowych dla danej Poradni. W przypadku wskazania więcej niż jednej Poradni podać liczbę jednostek rozliczeniowych dla każdej z osobna);

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

Deklaruję przyjęcia pacjentów w ramach NFZ co ..... minut w Poradni przy ul. ....

14. Deklaruję .....ilość 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 .**

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

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

17. 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.

18. 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.

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 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.

20. 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. o działalności leczniczej, stosuje się odpowiednio. Cena jednostkowa za punkt lub badanie nie może zostać podwyższona przez cały czas obowiązywania umowy.

21. 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. 18 i 19 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