

# FORMULARZ OFERTOWY

Składam niniejszą ofertę na świadczenia zdrowotne w zakresie (podać numer 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. 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 placówkach przy:

ul. Nowowiejskiej 5

ul. Nowowiejskiej 31

ul. Andersa 14/16

Dni Tygodnia	W godzinach od .... do...	Liczba godzin w ramach NFZ	Placówka
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>Poradnia Dermatologiczna</b>	Świadczenia w zakresie NFZ	<b>ul. Nowowiejska 5</b> liczba lekarzy 1-2 <b>ul. Nowowiejska 31</b> liczba lekarzy 1-2	<p><b>Świadczenia specjalistyczne*:</b> Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi: ..... zł (praca z pielęgniarką), ..... zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p><b>Świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe*:</b> Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową pierwszorazową w ramach NFZ wynosi: ..... zł (praca z pielęgniarką), ..... zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p><b>ul. Nowowiejska 5</b> Ilość jednostek specjalistycznych: <b>11 540</b> miesięcznie w poradni Ilość jednostek specjalistycznych pierwszorazowych: <b>7 209</b> miesięcznie w poradni <u>Wymagane:</u> <i>*Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz (preferowane min. 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 31</b> Ilość jednostek specjalistycznych: <b>45 662</b> miesięcznie w poradni Ilość jednostek specjalistycznych pierwszorazowych: <b>9 997</b> miesięcznie w poradni <u>Wymagane:</u> <i>*Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz (preferowane min. 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 Neurologiczna</b>	Świadczenia w zakresie NFZ	<b>ul. Nowowiejska 31</b> liczba lekarzy: 1-2	<p><b>Świadczenia specjalistyczne*:</b> Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi: ..... zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p><b>Świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe*:</b> Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową pierwszorazową w ramach NFZ wynosi: ..... zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p><b>ul. Nowowiejska 31</b> Ilość jednostek specjalistycznych: <b>39 507</b> miesięcznie Ilość jednostek specjalistycznych pierwszorazowych: <b>13 697</b></p>

			<p>miesięcznie</p> <p><u>Wymagane:</u></p> <p>* Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz (oczekiwane min. 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</p>
<b>Poradnia Otolaryngologii</b>	Świadczenia w zakresie NFZ	<p><b>ul. Nowowiejska 31</b> liczba lekarzy 1-3</p> <p><b>ul. Nowowiejska 5</b> liczba lekarzy 1-2</p>	<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),</p> <p>..... 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).</p> <p>..... zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p><b>ul. Nowowiejska 31</b> Ilość jednostek specjalistycznych: <b>2 782</b> miesięcznie w poradni Ilość jednostek zabiegowych: <b>2 758</b> miesięcznie w poradni</p> <p><u>Wymagane:</u></p> <p>*Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz (preferowane min. 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</p> <p><b>ul. Nowowiejska 5</b> (praca bez pielęgniarki) Ilość jednostek specjalistycznych: <b>1 000</b> miesięcznie w poradni Ilość jednostek zabiegowych <b>1 678</b> miesięcznie w poradni</p> <p><u>Wymagane:</u></p> <p>*Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz 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</p>
<b>Poradnia Nefrologiczna</b>	Świadczenia w zakresie NFZ	<p><b>ul. Nowowiejska 31</b> Liczba lekarzy: 1-2</p>	<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 bez pielęgniarki).</p> <p><b><u>Świadczenia pierwszorazowe*:</u></b></p> <p>Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową pierwszorazową w ramach NFZ wynosi:</p> <p>..... zł (praca bez pielęgniarki).</p> <p><b>ul. Nowowiejska 31</b> Ilość jednostek specjalistycznych: <b>5 457</b> miesięcznie w poradni Ilość jednostek specjalistycznych pierwszorazowych: <b>1 061</b> miesięcznie w poradni</p> <p><u>Wymagane:</u></p> <p>*Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum raz w tygodniu co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym 07:00-14:00 lub w przedziale czasowym między godziną 14:00-20:00.</p> <p><u>Oczekiwane:</u></p>

			<p><i>*Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych od 12 do 24 godzin tygodniowo, w tym raz po południu w przedziale czasowym między godziną 14:00-20:00.</i></p>
<p><b>Poradnia Kardiologiczna</b></p>	<p>Świadczenia w zakresie NFZ</p>	<p><b>ul. Nowowiejska 31</b> liczba lekarzy 1 <b>ul. Andersa 14/16</b> liczba lekarzy: 1-3</p>	<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 bez pielęgniarki) z wykonaniem badania USG – Echo serca przez Przyjmującego zamówienie.</p> <p>..... zł (praca bez pielęgniarki) z wykonaniem próby wysiłkowej i opisem holtera przez Przyjmującego zamówienie.</p> <p><b><u>Świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe*:</u></b></p> <p>Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną pierwszorazowe w ramach NFZ wynosi:</p> <p>..... zł (praca bez pielęgniarki) przez Przyjmującego zamówienie.</p> <p><b>ul. Nowowiejska 31</b> Ilość jednostek specjalistycznych: <b>1 000</b> miesięcznie w poradni Ilość jednostek specjalistycznych pierwszorazowych: <b>9 038</b> miesięcznie w poradni <u>Wymagane:</u></p> <p><i>* Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz w tygodniu co najmniej 4 godziny, w przedziale czasowym 07:00-14:00 lub co najmniej 3 godziny w przedziale czasowym między godziną 14:00-20:00</i></p> <p><b>ul. Andersa 14/16</b> Ilość jednostek specjalistycznych: <b>15 809</b> miesięcznie w poradni Ilość jednostek specjalistycznych pierwszorazowych: <b>7 537</b> miesięcznie w poradni <i>* Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz (oczekiwane min. 3 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>Poradnia Położniczo-Ginekologiczna</b></p>	<p>Świadczenia w zakresie NFZ</p>	<p><b>ul. Nowowiejska 31</b> liczba lekarzy 1-2</p>	<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 bez położnej).</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 bez położnej).</p> <p><b><u>Świadczenia pobrania materiału z szyjki macicy do bad. cytologicznego*:</u></b></p> <p>Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową pobrania materiału z szyjki macicy do bad. cytologicznego w ramach NFZ wynosi:</p> <p>..... zł (praca bez położnej).</p> <p><b>ul. Nowowiejska 31</b> Ilość jednostek rozliczeniowych specjalistycznych : <b>20 000</b> miesięcznie w poradni Ilość jednostek rozliczeniowych zabiegowych: <b>3 000</b> miesięcznie w poradni Ilość jednostek rozliczeniowych pobrania materiału z szyjki macicy do bad. cytologicznego: <b>1 000</b> miesięcznie w poradni</p>

			<u>Wymagania minimum:</u> * Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 1 raz w tygodniu co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 8:00-19:30  <u>Wymagania preferowane:</u> * Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych 2 razy w tygodniu co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 8:00-19:30
--	--	--	---

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 **specjalistycznych pierwszorazowych min.** w ilości ...../..... w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul. .... / przy ul. ....
- jednostek rozliczeniowych **specjalistycznych pierwszorazowych 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. ....
- jednostek rozliczeniowych **pobrania materiału z szyjki macicy do bad. cytologicznego min.** w ilości ...../..... w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul. .... / przy ul. ....
- jednostek rozliczeniowych **pobrania materiału z szyjki macicy do bad. cytologicznego max.** w ilości ...../..... w ciągu miesiąca w Przychodni przy ul. .... / przy ul. ....

14. Deklaruję przyjęcia pacjentów co ..... minut w Poradni przy ul. ....

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

#### PAKIET II: świadczenia zdrowotne w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia

<b>Poradnia Reumatologiczna</b>	Świadczenia w zakresie NFZ	<b>ul. Nowowiejska 31</b> liczba lekarzy: 1-2	<u>Świadczenia specjalistyczne*:</u> Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi: ..... zł (praca bez pielęgniarki).  <u>Świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe*:</u> Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową pierwszorazową w ramach NFZ wynosi: ..... zł (praca bez pielęgniarki).  <b>ul. Nowowiejska 31</b> Ilość jednostek specjalistycznych: <b>3 790</b> miesięcznie w poradni Ilość jednostek specjalistycznych pierwszorazowych: <b>1 367</b> miesięcznie <u>Wymagane:</u> 1 raz w tygodniu (oczekiwane 1 raz w tygodniu co najmniej 4 godziny w przedziale czasowym między godziną 14:00-20:00)
---------------------------------	----------------------------	--	---

<b>Poradnia Okulistyczna</b>	Świadczenia w zakresie NFZ	<b>ul. Nowowiejska 5</b> liczba lekarzy 1-2	<p><b><u>Świadczenia specjalistyczne*:</u></b></p> <p>Stawka za każdą wypracowaną oraz uznaną i sfinansowaną jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ wynosi:  ..... zł (<b>praca bez pielęgniarki</b>) <b>w tym wykonywanie w gabinecie diagnostycznym badań wstępnych okulistycznych przez pielęgniarkę</b> tj.: AKR; RR; Grubość Rogówki; Pole Widzenia; Mezotest; Badanie Wczesnego Wykrywania Zaćmy (kontrast); EFD - 30; Pole Neurologiczne; Pole Jaskrowe*.</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:  ..... zł (<b>praca bez pielęgniarki</b>) <b>w tym wykonywanie w gabinecie diagnostycznym badań wstępnych okulistycznych przez pielęgniarkę</b> tj.: AKR; RR; Grubość Rogówki; Pole Widzenia; Mezotest; Badanie Wczesnego Wykrywania Zaćmy (kontrast); EFD - 30; Pole Neurologiczne; Pole Jaskrowe*.</p> <p><b>ul. Nowowiejska 5</b>  Ilość jednostek specjalistycznych: <b>3 243</b> miesięcznie w poradni  Ilość jednostek zabiegowych <b>6 912</b> miesięcznie w poradni</p> <p><u>Wymagane:</u>  <i>*Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych min. 1 raz 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>
----------------------------------	----------------------------------	--	--

15. 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 co ..... minut w Poradni przy ul. ....

**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 dnia .....rozwiązuje 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 PRZYJMĄCEGO 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 na 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