

.....  
(pieczęć firmowa Oferenta)

### FORMULARZ OFERTY

1. DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA:

1. Firma / Imię i Nazwisko .....
- .....
2. Siedziba / adres zamieszkania .....
3. Oznaczenie we właściwym rejestrze / nr wpisu do rejestru /OIL /  
.....
4. NIP .....
5. Regon .....
6. dobrowolnie: tel. kontaktowy (fax) .....
7. dobrowolnie: e-mail .....

2. OKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM UMOWY:

- a. Rodzaj świadczeń: leczenie szpitalne
- b. Zakres świadczeń: .....

3. OPIS KOMPETENCJI \*:

1. Tytuł zawodowy .....
2. Nr prawa wykonywania zawodu .....
3. Dziedzina i stopień specjalizacji .....
4. Informacje o specjalizacji w toku:
  - a) dziedzina specjalizacji .....
  - b) rok specjalizacji .....
5. Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem / certyfikatem lub innym dokumentem)  
.....  
.....

6. Oferowana maksymalna liczba godzin udzielanych miesięcznie.....

#### 4. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Świadczenia udzielane będą w lokalu Udzielającego zamówienia.

#### 5. WARUNKI PŁATNOŚCI

Fakturę/rachunek wystawia się raz w miesiącu, nie wcześniej niż ostatniego dnia miesiąca, w którym udzielane były świadczenia. Termin złożenia faktury upływa 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym udzielane były świadczenia.

Jeżeli prawidłowo sporządzona faktura za dany miesiąc po potwierdzeniu jej przez właściwą sekretarkę medyczną zostanie przedłożony do jednego z Sekretariatów/Kancelarii Udzielającego zamówienie w terminie wskazanym w zdaniu poprzednim, wypłata należności nastąpi na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego Zamówienie do 30 dni od jej złożenia.

#### 6. TERMIN REALIZACJI:

Okres obowiązywania umowy: czas realizacji udzielania świadczeń zdrowotnych przez Udzielającego Zamówienie w ramach kontraktu z NFZ i innych umów z zakresów objętym niniejszym postępowaniem konkursowym.

Jeżeli w okresie obowiązywania niniejszej umowy z Udzielającym Zamówienie nie zostanie zawarty kolejny kontrakt lub kontrakty w zakresie objętym niniejszym postępowaniem konkursowym, umowa zawarta z wybranym Oferentem wygaśnie najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania kontraktu z NFZ.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęćka, podpis Oferenta)

\* w przypadku oferty składanej przez podmiot leczniczy zatrudniający personel medyczny, który będzie udzielał świadczeń w zakresie objętym postępowaniem konkursowym należy przedstawić dane w żądanym zakresie **odrębnie dla każdej z osób, które będą udzielać świadczeń**; dane, wraz z informacjami odnoszącymi się do tych osób, można przedstawić w zestawieniu tabelaryczny

### OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że:
  - a. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
  - b. otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
  - c. akceptuję projekt umowy.
2. **Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w złożonej Ofercie, przez Sosnowiecki Szpital Miejski sp. z o. o. w restrukturyzacji 41-200 Sosnowiec, ul. Zagadłowicza 3, w okresie 30 dni od ostatniego dnia składania ofert wyznaczonego przez Udzielającego Zamówienie na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego.**
3. W przypadku, gdy będę związany stosunkiem pracy z Udzielającym zamówienia, a moja oferta zostanie wyłoniona w konkursie (w przypadku osobistego udzielania świadczeń) zobowiązuję się do rozwiązania umowy o pracę przed dniem zawarcia umowy o świadczenia zdrowotne i oświadczam, że do porozumienia stron przystąpię dobrowolnie i nie będę rościł jakichkolwiek pretensji, z tytułu rozwiązania umowy o pracę za porozumieniem stron.
4. Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w najbliższym możliwym czasie wskazanym przez Udzielającego Zamówienie na warunkach określonych w ofercie i wg wzoru przedstawionego przez Udzielającego zamówienie;
5. Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń medycznych, oświadczam, że:
  - a. wszystkie umowy zawarte z Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą były i są realizowane przez Oferenta należycie,
  - b. w ciągu ostatnich 5 lat, nie wnoszono wobec Oferenta skarg odnoszących się do realizacji umów z Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.
6. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli Śląskiego Wojewódzkiego Oddziału NFZ w zakresie sposobu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych objętych ofertą.
7. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu i w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienie.
8. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
9. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty, jakie Zamawiający zobowiązany będzie ponieść w związku z wykonaniem przedmiotowego zamówienia.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczętka, podpis Oferenta)

Załącznik nr 3 do Szczegółowych warunków konkursu nr 02 / 12 / 2024

..... (nazwa przedsiębiorstwa/ nazwisko i imię – osoba fizyczna) ..... (miejsowość, data)

.....

.....  
(adres)

NIP .....

Regon .....

Pesel .....

.....  
( tel. kontaktowy)

**OŚWIADCZENIE LEKARZA/ LEKARKI/PIELĘGNIARA/PIELĘGNIARKI UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ NA RZECZ  
SOSNOWIECKIEGO SZPITALA MIEJSKIEGO SP. Z O. O. W RESTRUKTURYZACJI**

Oświadczam, iż na dzień składania niniejszej informacji posiadam ważne prawo wykonywania zawodu, którego nie zostałem/am pozbawiony/a ani które nie zostało zawieszono, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych, mój stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu lekarza/pielęgniarki, nie byłem/am karany/a za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej albo wszczęte przez okręgową radę lekarską/pielęgniarek i położnych mogące skutkować zawieszeniem prawa wykonywania zawodu ani ograniczeniem w wykonywaniu określonych czynności.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego pisemnego powiadomienia o zmianach powyższego statusu.

Jestem świadomy o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
(czytelny podpis osoby upoważnionej)

2  
Administrowanie  
12/2024

FORMULARZ CENOWY

ZAKRES: Udzielanie świadczeń zdrowotnych

Zakres	Rodzaj udzielanych świadczeń	Szacunkowa ilość zabiegów do zabezpieczenia miesięcznie	Proponowana ilość zabiegów udzielania miesięcznie przez Oferenta	Cena jednostkowa zł brutto za godzinę proponowana przez Oferenta
I	Zakres I: udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu uro-ginekologii w Oddziale Klinicznym Perinatologii i Ginekolo-gii Onkologicznej Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego sp. z o.o. w restrukturyzacji, zgodnie z obowiązującymi procedu-rami u Udzielającego Zamówienie przez lekarzy specjali-stów w dziedzinie położnictwa i ginekologii.	12	1) Operator główny: ..... 2) Asystent operatora: .....	1) Operator główny: ..... 2) Asystent operatora: .....
II	Zakres II: udzielanie w imieniu i na rzecz Udzielającego za-mówienia świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Klinicznym Perinatologii i Onkologii Ginekologicznej Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego Sp. z o. o. w re-strukturyzacji polegających na instrumentowaniu do za-biegów operacyjnych z zakresu uroginekologii.	12	.....	.....

.....dnia.....

  
RADCA PRAWA

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

Sosnowiec, dn. ....

### Oświadczenie

Oświadczam, że zobowiązuję się do posiadania umowy polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w paragrafach poprzedzających na kwotę

.....

( wpisać kwotę dotyczącą zakresu na który składana jest oferta)

1. Obowiązek ubezpieczenia powstanie najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień podpisania umowy.
2. Okażę przy podpisywaniu umowy polisę ubezpieczeniową oraz dostarczę jej kserokopię.

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)



