

.....  
(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 i ambulatoryjna opieka specjalistyczna
- 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 Kierownika Oddziału zostanie przedłożony do 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. W przypadku nie przedstawienia faktury/rachunku do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym udzielane były świadczenia. Płatność nastąpi do 60 dni od przedstawienia faktury/rachunku. Dopuszcza się możliwość negocjacji częstotliwości i terminu płatności.

#### 6. TERMIN REALIZACJI:

Okres obowiązywania umowy : czas realizacji udzielania świadczeń zdrowotnych przez Udzielającego Zamówienie w ramach kontraktu z NFZ i innych umowach w Oddziale Chorób Wewnętrznych

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.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczętka, podpis Oferenta)

\* w przypadku oferty składanej przez podmiot leczniczy zatrudniający personel medyczny, który będzie udzielał świadczeń w zakresie objętym postępowaniem konkursowym należy przestawić 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 tabelarycznym

### 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 41-219 Sosnowiec, ul. Szpitalna 1 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)

.....  
(pieczęćka, podpis Oferenta)

**Załącznik nr 3 do Szczegółowych warunków konkursu nr 03 /R/2022**

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(adres)

NIP .....

Regon .....

Pesel .....

.....  
( tel. kontaktowy)

**OŚWIADCZENIE LEKARZA 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 zawieszona, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych, mój stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu lekarza, 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 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)



## FORMULARZ CENOWY

## ZAKRES: Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy z zakresu chorób wewnętrznych w Oddziale Wewnętrznym

1 Rodzaj udzielanych świadczeń	2 Szacunkowa ilość godzin do zabezpieczenia miesięcznie	3 Proponowana ilość godzin możliwych do udzielenia miesięcznie przez Oferenta	4 Cena jednostkowa zł brutto za godzinę proponowana przez Oferenta
Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chorób wewnętrznych w Oddziale Wewnętrznym oraz innych Oddziałach Szpitalnych, w Izbie Przyjęć i innych jednostkach organizacyjnych Szpitala.	1860 godzin	W dni powszednie ..... W święta i dni wolne .....	W dni powszednie .....zł brutto/godz. W święta i dni wolne .....zł brutto/godz.

Oferent deklaruje :

1. Gotowość do realizacji co najmniej 5 dyżurów medycznych w miesiącu
2. Gotowość udzielenia świadczeń w Izbie Przyjęć
3. Gotowość udzielenia konsultacji w innych jednostkach organizacyjnych Udzielającego zamówienie

.....  
 .....  
 .....  
 (podpisy Oferenta)

.....dnia.....

.....  
 (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)

sl  
A. Stodol

Sosnowiec, dn. ....

**Zaproszenie do negocjacji**

Oferent zgłasza chęć podjęcia negocjacji:

w zakresie .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

