

.....  
(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.

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 umów z zakresu chorób wewnętrznych w rodzaju leczenie szpitalne.

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)

.....

(pieczęć, 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 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.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęćka, podpis Oferenta)

.....  
(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 zawieszono, 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

| Zakres | Rodzaj udzielanych świadczeń   | Szacunkowa ilość godzin do zabezpieczenia miesięcznie | Proponowana ilość godzin możliwych do udzielenia miesięcznie przez Oferenta | Cena jednostkowa zł brutto za godzinę proponowana przez Oferenta                   |
|--------|--|---|---|--|
| 1      | 2  | 3   | 4   | 5  |
| I      | Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chorób wewnętrznych w Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz udzielanie konsultacji w innych oddziałach szpitalnych i Izbie Przyjęć przez lekarzy specjalistów oraz lekarzy w trakcie specjalizacji zakresu chorób wewnętrznych. | ..... godzin  | W dni powszednie .....<br>W święta i dni wolne .....                        | W dni powszednie .....zł brutto/godz.<br>W święta i dni wolne .....zł brutto/godz. |
| II     | udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu działalności zachowawczej w Oddziałach zachowawczych i Izbie Przyjęć w czasie dyżuru medycznego przez lekarzy specjalistów specjalności zachowawczych oraz lekarzy w trakcie specjalizacji, jako drugi lekarz dyżurny       | ..... godzin  | W dni powszednie .....<br>W święta i dni wolne .....                        | W dni powszednie .....zł brutto/godz.<br>W święta i dni wolne .....zł brutto/godz. |

Ofertę deklaruje :

1. Gotowość do realizacji co najmniej 3 dyżurów medycznych w miesiącu
2. Gotowość udzielania świadczeń w Izbie Przyjęć
3. Gotowość udzielania konsultacji w innych jednostkach organizacyjnych Udzielającego zamówienie (dotyczy zakresu I)

.....dnia.....

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

**Załącznik nr 5 do Szczegółowych warunków konkursu nr 01/01/2023**

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. Okazę przy podpisywaniu umowy polisę ubezpieczeniową oraz dostarczę jej kserokopię.

.....

( podpis i pieczęć Oferenta)



1. Czy Oferent jest gotowy podjąć obowiązki Kierownika Oddziału?

.....

2. Czy oferent jest gotowy do pełnienia systematycznych dyżurów ( stały dzień tygodnia)?

.....

3. Jakiego dnia tygodnia oferent preferuje do pełnienia dyżurów?

.....