

## FORMULARZ OFERTOWY

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wieluniu.

<p><b>Dane oferenta:</b></p> <p>Imię i nazwisko oferenta .....</p> <p>Nazwa oferenta zgodnie z danymi rejestrowymi .....</p> <p><b>Adres siedziby firmy:</b></p> <p>Ulica i numer: .....</p> <p>Kod pocztowy: ..... Miejscowość: .....</p> <p>Numer telefonu: .....</p> <p>NIP: .....</p> <p>REGON: .....</p> <p><b>Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres siedziby firmy):</b></p> <p>Ulica i numer: .....</p> <p>Kod pocztowy: .....</p> <p>Miejscowość: .....</p>
---

**Oferent wybiera przedmiot umowy zaznaczając odpowiedni Pakiet i punkt, następnie podaje oferowane warunki. W przypadku składania oferty na więcej niż jeden zakres świadczeń zdrowotnych należy złożyć na oddzielnym formularzu w osobnej kopercie.**

### 1. Oferuję udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych:

**Pakiet nr 1** – wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w formie całodobowej opieki lekarskiej (ordynacja podstawowa i/lub dyżury medyczne) miejsce udzielania świadczeń:

- a) w oddziale Internistycznym o profilu Ogólnym oraz w oddziale Internistycznym o profilu Kardiologicznym
- b) w oddziale Dziecięcym

- c) w oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej + poradnia + pełnienie gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych
- d) w oddziale Chirurgii Ogólnej + poradnia + pełnienie gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych
- e) w oddziale Położniczo-Ginekologicznym
- f) w oddziale Pulmonologii
- g) w oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii + Pion Anestezjologii
- h) w oddziale Noworodkowym
- i) w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
- j) w Ambulatorium Chirurgicznym Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

**Pakiet nr 2** - wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w:

- a) Poradni Chirurgii Dziecięcej
- b) Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc
- c) Poradni Chirurgii Urazowo-ortopedycznej dla dzieci
- d) Poradni dla Kobiet
- e) Poradni Urologicznej + wykonywanie konsultacji dla pacjentów oddziałów szpitala
- f) Poradni Leczenia Bólu
- g) Poradni Chirurgii Onkologicznej.

**Pakiet nr 3** – wykonywanie przez lekarzy specjalistów badań USG i USG Doppler.

**Pakiet nr 4** - wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej w zakresie nocnej, świątecznej, ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej.

**Pakiet nr 5** – wykonywanie konsultacji dla pacjentów oddziałów szpitala z zakresu:

- a) Nefrologii,
- b) Diabetologii,
- c) Okulistyki,
- d) Psychiatrii,
- e) Neurologii.

**Pakiet nr 6** – wykonywanie badań okulistycznych w ramach badań wstępnych okresowych, kontrolnych w zakładach pracy oraz pracowników SPZOZ w Wieluniu.

**Pakiet nr 7** – wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych pracowników w zakładach pracy oraz pracowników SPZOZ w Wieluniu.

**Proponowana przez Oferenta:**

Wysokość stawki w kwocie brutto (w zł) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych (świadczenia udzielane w oddziale)	
Wartość brutto (w zł) za 1 pkt zrealizowanych porad (świadczenia udzielane w poradni)	
Wysokość stawki w kwocie brutto (w zł) za wykonanie 1 badania USG	
Wysokość stawki w kwocie brutto (w zł) za wykonanie 1 badania USG Doppler	
Wysokość stawki w kwocie brutto (w zł) za wykonanie 1 konsultacji (w tym medycyna pracy)	
Minimalna ilość godzin	

**1. Oświadczam, że do niniejszej oferty załączam (zaznaczyć):**

- oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, umowy oraz szczegółowymi warunkami ofert na formularzu stanowiącym **załącznik nr 1** do niniejszych warunków,
- aktualny wypis z właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego, w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do KRS, a dla podmiotów nie podlegających wpisowi KRS – aktualny wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej,
- Aktualną polisę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności zgodnie z Rozporządzeniem Ministra finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r., poz. 866) lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu jej najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
- dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe poświadczone za zgodność z oryginałem: dyplom ukończenia studiów, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji w danej dziedzinie, bądź kartę szkolenia specjalizacyjnego w przypadku odbywania specjalizacji w toku, zaświadczenie o odbytych kursach i szkoleniach, certyfikaty,
- certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta – dotyczy oddziałów zabiegowych,
- w przypadku wykonywania badań i zabiegów będących przedmiotem umowy – udokumentowane doświadczenie w zakresie ich wykonywania,

- zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia wystawionego przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych, a w przypadku lekarzy dyscyplin zabiegowych dodatkowo wpis o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń w narażeniu na promieniowanie elektromagnetyczne i jonizujące,
- aktualne badania do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- zaświadczenie o odbytym szkoleniu okresowym bhp,
- pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta,
- inne, (jakie?)

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

**3. Oświadczam, że w dniu podpisania umowy nie będę związany inną formą zatrudnienia z Udzielającym zamówienia, w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.**

**Będąc świadomym konsekwencji wynikającym z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym**

---

**data, podpis i pieczęć Oferenta**