

**O F E R T A**  
**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZY**  
**W ZAKRESIE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**  
**(PORADNIA LEKARZA POZ)**  
**W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W WARCE**  
**W OKRESIE OD DNIA 01 LIPCA 2024 R. DO DNIA 30 CZERWCA 2025 R.**

Rodzaj świadczenia: ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE POZ 1

1. Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie:

.....

2. Nazwa (firma) Przyjmującego Zamówienie określona w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (jeżeli dotyczy):

.....

3. Numer NIP Przyjmującego Zamówienie:

.....

4. Numer REGON Przyjmującego Zamówienie (jeżeli dotyczy):

.....

5. Adres Przyjmującego Zamówienie:

.....

6. Adres do korespondencji Przyjmującego Zamówienie:

.....

7. Telefon, FAX (jeżeli posiada), adres e-mail Przyjmującego Zamówienie:

.....

8. Rodzaj udzielanych Świadczeń Zdrowotnych: Świadczenia Zdrowotne POZ 1.

9. Oferowana wysokość stawki brutto<sup>1</sup> za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....

---

<sup>1</sup> Wskazana stawka jest stawką ryczałtową i uwzględnia wszelkie składowe wynagrodzenia należnego lekarzom zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym ewentualną dodatkową składkę ZUS (składkę finansowaną przez płatnika), jeżeli Udzielający Zamówienia w związku z wypłatą wynagrodzenia na rzecz Przyjmującego Zamówienie zobowiązany będzie do jej naliczenia.

**10. Oferowana liczba godzin udzielania przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w miesiącu kalendarzowym:**

1) Zaznacz właściwe:

- a) do 36 godzin
- b) od 37 do 100 godzin
- c) powyżej 100 godzin, tj.: ..... godzin

*UWAGA: W przypadku zaznaczenia pkt. c Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest wskazać konkretną liczbę oferowanych godzin świadczenia usług w miesiącu kalendarzowym nie większą jednak niż 180 godzin.*

**11. Kwalifikacje lekarza - zaznacz właściwe:**

- 1) bez specjalizacji/w trakcie specjalizacji do 2 lat
- 2) w trakcie specjalizacji - 2 lata i powyżej 2 lat
- 3) ze specjalizacją

**12. Oświadczam, że:**

- a) Zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i materiałami informacyjnymi oraz, że nie wnoszę w tym zakresie jakichkolwiek zastrzeżeń,
- b) Akceptuję Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert oraz warunki umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zaproponowane przez Udzielającego Zamówienia,
- c) Wszystkie załączone do niniejszej oferty dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
- d) Spełniam wszystkie warunki określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>2</sup>,
- e) Zobowiązuję się do wykonywania usług z należytą starannością swego działania wymaganą od profesjonalisty i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod,
- f) W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się dostarczyć Udzielającemu Zamówienie najpóźniej na 2 dni robocze przed upływem określonego w SWKO terminu na zawarcie umowy następujących dokumentów:
  - kopię zaświadczenia o wpisie do rejestru lekarzy prowadzonego przez właściwą Izbę Lekarską,<sup>3</sup>
  - kopię dokumentu potwierdzającego objęcie mnie ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej, na warunkach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego

---

<sup>2</sup> Tylko jeżeli dotyczy – w pozostałych przypadkach postanowienia te należy wykreślić.

<sup>3</sup> Tylko jeżeli dotyczy osoby prowadzącej działalność gospodarczą - w pozostałych przypadkach postanowienie te należy wykreślić.

ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r., poz. 866), obejmującego w szczególności odpowiedzialność z tytułu zakażenia chorobami zakaźnymi, w tym ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV).

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niewykonania powyższego obowiązku Udzielający Zamówienie uprawniony będzie do nie zawarcia ze mną umowy na udzielanie świadczeń objętych przedmiotem konkursu, i nie będą mi w takim przypadku przysługiwały z tego tytułu jakiegokolwiek roszczenia wobec Udzielającego Zamówienia

- g) w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się najpóźniej w terminie 14 dni od daty zawarcia ze mną umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych:
- uzyskać wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym stanowi Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 799 ze zm.), zgodnie z którym Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warce ujawniony zostanie w tym rejestrze jako miejsce udzielania przeze mnie świadczeń zdrowotnych,<sup>4</sup>
  - przedstawić Udzielającemu Zamówienia kopie dokumentów polisy aktualnego ubezpieczenia w zakresie następstw zakażenia się ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), obejmującego w szczególności profilaktyczne leczenie ze styczności z wirusem HIV, do której może dojść w trakcie wykonywania świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Warce,
- h) umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych będę realizował zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia,
- i) zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia, o których dowiedziałem się w związku z przystąpieniem do niniejszego konkursu, a których ujawnienie stanowiłoby czyn nieuczciwej konkurencji,
- j) znane są mi przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 799 ze zm.) oraz ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 497 ze zm.),
- k) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 z późn. zm.) na potrzeby konkursu oraz umowy zawartej w jego wyniku,
- l) będę związany/-a niniejszą ofertą przez okres \_\_\_\_\_ dni od daty upływu terminu składania ofert.

---

<sup>4</sup> Tylko jeżeli dotyczy osoby prowadzącej działalność gospodarczą – w pozostałych przypadkach postanowienia te należy wykreślić.

---

*data, czytelny podpis Przyjmującego Zamówienie*

**ZAŁĄCZNIKI<sup>5</sup>:**

- 1) kopia zaświadczenia o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
  - 2) kopia prawa wykonywania zawodu,
  - 3) kopia dokumentu potwierdzającego posiadanie specjalizacji lub fakt odbywania specjalizacji
  - 4) oświadczenia Przyjmującego Zamówienie, że wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu lekarza i specjalizacji, numeru telefonu stacjonarnego i komórkowego wyłącznie dla celów umowy, oraz imienia, nazwiska oraz miejscowości zamieszkania do celów konkursu.
- 

---

*data, czytelny podpis Przyjmującego Zamówienie*

---

<sup>5</sup> Należy wykreślić załączniki, które nie są składane.