

## **FORMULARZ OFERTOWY**

**NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W RAMACH MEDYCyny PRACY / I WOJSKOWYCH KOMISJI  
LEKARSKICH**

.....  
.....  
Składam niniejszą ofertę.

### **I. DANE OFERENTA**

**PEŁNA NAZWA OFERENTA (zgodnie z właściwym rejestrem) :**

.....  
.....  
**ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI :**

.....  
.....  
**ADRES ZAMIESZKANIA:** .....

**NIP:** .....

**REGON:** .....

**NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU I DATA JEGO UZYSKANIA:**

.....  
**Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu:**

.....  
**Nr telefonu:** ..... **adres e-mail:**.....

**Kwalifikacje zawodowe** (posiadane dyplomy, posiadane specjalizacje bądź specjalizacje w trakcie, kursy, uprawnienia (prawo wykonywania zawodu), certyfikaty):

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

.....  
Staż pracy (w tym w zawodzie lekarza)  
.....

**Przebieg pracy zawodowej** .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

.....  
(wpisać bank i nr konta)

Do niniejszej oferty załączam wymagane w warunkach zamówienia dokumenty i oświadczenia jako załączniki:

Do niniejszej oferty załączam wymagane w warunkach zamówienia dokumenty i oświadczenia jako załączniki:

1. Aktualny wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez właściwą Izbę Lekarską, z wpisem adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
2. Poświadczone kopie dokumentów (dyplomy, prawo wykonywania zawodu lekarza, posiadana specjalizacja, zaświadczenie o odbyciu specjalizacji, karta szkolenia specjalizacyjnego w przypadku odbywania specjalizacji, przebieg pracy zawodowej, certyfikaty potwierdzające umiejętności w zakresie wykonywania badań o których mowa w przedmiocie zamówienia);
3. Aktualna polisa OC
4. Aktualny wpis z CEIDG
5. Kopia aktualnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do świadczenia usług w ramach świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu;
6. Kopia aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia BHP.
7. ....

.....  
podpis i pieczęć oferenta

.....  
miejscowość i data

## **II. OFERTA SZCZEGÓŁOWA**

### **Oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi Warunkami Konkursów Ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
  2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Warszawie w miejscu wskazanym w umowie przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Zamawiającego.
  3. Prowadzi działalność leczniczą w dziedzinie..... zarejestrowaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą / rejestr, indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty
  4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
  5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC).
  6. Posiada wpis w księdze Rejestrowej o Rodzaju Działalności Leczniczej i Praktyki Zawodowej z wpisem adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych.
  7. Posiada uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty.
8. Oferuję dyspozycyjność do udzielenia świadczeń zdrowotnych w placówkach **(zaznaczyć wybrane):**
- I. przy ul. Nowowiejskiej 5 – Medycyna Pracy, Komisje Wojskowe
  - II. przy ul. Nowowiejskiej 10 - Medycyna Pracy, Komisje Wojskowe
  - III. przy ul. Nowowiejskiej 31 - Medycyna Pracy, Komisje Wojskowe
  - IV. przy ul. Andersa 16 – Medycyna Pracy

O wyborze miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych decydują aktualne potrzeby Udzielającego zamówienia i strony ustalają miejsce zgodnie z umową. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do zmiany harmonogramu świadczeń medycznych w zależności od organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu akceptacji Oferenta.

<b>DNI TYGODNIA</b>	<b>OD ..... DO.....</b>	<b>LICZBA GODZIN</b>
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		
Przeciętna liczba godzin w tygodniu		

Zamawiający ma prawo do wyboru określonych godzin wskazanych powyżej (umieszczonych w tabelce). Kryteria wyboru ofert dotyczy tylko tych godzin w których Udzielający zamówienia ma potrzeby do zapewnienia udzielania świadczeń w ramach Medycyny Pracy i/oraz Wojskowych Komisji Lekarskich. Wybrane oferty nie powodują automatycznie, iż wszystkie godziny bądź przedział godzin zostaną wybrane. Dokładny harmonogram (dni i godz.) udzielania świadczeń zdrowotnych zostanie ustalony z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa lub innym pracownikiem Udzielającego zamówienia posiadającym stosowne upoważnienie.

Przyjmując do wiadomości, iż świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz łączności Udzielającego zamówienia, oświadczam, że za realizację zamówienia oczekuję należności (brutto) wg następującej kalkulacji:

***Świadczenia zdrowotne w ramach Medycyny Pracy / i Wojskowych Komisji Lekarskich:***

<b>L.p.</b>	<b>Rodzaj świadczenia</b>	<b>Wartość za udzielane świadczenia w zakresie:</b>
1.	Świadczenia w zakresie wykonywania konsultacji specjalistycznych*. <i>*nie dotyczy konsultacji okulistycznych, neurologicznych, kardiologicznych..</i>	<p>Stawka za 1 przyjętego pacjenta..... ...zł* za konsultację specjalistyczną w ramach medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich.</p> <p><i>*Stawka za jednego przyjętego pacjenta w ramach medycyny pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich - stawka oczekiwana nie wyższa niż 20 zł za konsultację specjalistyczną.</i></p> <p>Termin zawarcia umowy: 3.01.2022 r. do 31.12.2022 r</p>

2.	Świadczenia w zakresie wykonywania konsultacji <u>okulistycznych</u>	<p>1) Stawka za 1 przyjętego pacjenta.....zł za konsultację okulistyczną w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich*</p> <p><u>*Warunek wymagany:</u>  1a. Stawka za jednego przyjętego pacjenta - wartość oczekiwana nie wyższa niż: 45 zł - praca z pielęgniarką, za konsultację specjalistyczną wraz z dodatkowymi badaniami okulistycznymi świadczonymi w ramach umów zawartymi między SPL dla PW SPZOZ w Warszawie, a instytucjami zewnętrznymi z zakresu Medycyny Pracy i Komisji Wojskowych, w tym dobór szkieł wraz z wypisaniem recepty oraz badanie dna oka.  <u>Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w poradni minimum 2 razy w tygodniu, co najmniej od godziny 8:00 do godziny 13:00.</u></p> <p>2a) Stawka za 1 przyjętego pacjenta.....zł za konsultację okulistyczną w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich*</p> <p>* Stawka za jednego przyjętego pacjenta w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich - stawka oczekiwana nie wyższa niż 25 zł za konsultację okulistyczną ,</p> <p>2b) Stawka za 1 przyjętego pacjenta ....zł za dodatkową konsultację okulistyczną w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich*.</p> <p>* Stawka za jednego przyjętego pacjenta w ramach medycyny pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich – <u>dodatkowa konsultacja okulistyczna</u> – obejmująca dobór szkieł wraz z wypisaniem recepty zgodnie z umowami zawartymi pomiędzy SPL dla PW SPZOZ w Warszawie, a instytucjami zewnętrznymi, cena oczekiwana nie więcej niż 5 zł.</p> <p>Termin zawarcia umowy: 3.01.2022 r. do 31.12.2022 r.</p>
3.	Świadczenia w zakresie wykonywania konsultacji <u>kardiologicznych</u>	<p>1. Stawka za 1 przyjętego pacjenta.....zł* za konsultację kardiologiczną w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich.</p> <p><i>*Stawka za jednego przyjętego pacjenta w ramach medycyny pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich - stawka oczekiwana nie wyższa niż 20 zł za konsultację kardiologiczną.</i></p> <p>Termin zawarcia umowy: 3.01.2022 r. do 31.12.2022 r</p> <p>2. Stawka za 1 przyjętego pacjenta.....zł* za konsultację kardiologiczną wraz z wykonaniem i opisem badania USG echo serca w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich.</p> <p><i>*Stawka za jednego przyjętego pacjenta w ramach medycyny pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich - stawka oczekiwana nie wyższa niż 50 zł za konsultację kardiologiczną .wraz z wykonaniem i opisem badania USG echo serca.</i></p>

		<p>Termin zawarcia umowy: 3.01.2022 r. do 31.12.2022 r.</p> <p><b>Stawka za 1 przyjętego pacjenta.....zł*</b> za wykonanie i opis badania USG echo serca bez konsultacji kardiologicznej w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich.</p> <p><i>*Stawka za jednego przyjętego pacjenta w ramach medycyny pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich - stawka oczekiwana nie wyższa niż 25 zł za wykonanie i opis badania USG echo serca. bez konsultacji kardiologicznej.</i></p> <p>Termin zawarcia umowy: 3.01.2022 r. do 31.12.2022 r</p> <p><b>Stawka za opis jednego badania EKG .....zł*</b> w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich.</p> <p><i>*Stawka za opis jednego badania EKG w ramach medycyny pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich - stawka oczekiwana nie wyższa niż 8 zł .</i></p> <p>Termin zawarcia umowy: 3.01.2022 r. do 31.12.2022 r</p>
4.	Świadczenia w zakresie konsultacji neurologicznych.	<p><b>1a) Stawka za 1 przyjętego pacjenta.....zł*</b> za konsultację neurologiczną w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich.</p> <p><i>* Stawka za jednego przyjętego pacjenta w ramach medycyny pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich - stawka oczekiwana nie wyższa niż 35 zł za konsultację neurologiczną.</i> <u>Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w poradni minimum 2 razy w tygodniu, co najmniej od godziny 8:00 do 13:00.</u></p> <p>Termin zawarcia umowy: 3.01.2022 r. do 31.12.2022 r.</p> <p><b>1b) Stawka za 1 przyjętego pacjenta.....zł*</b> za konsultację neurologiczną w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich.</p> <p><i>* Stawka za jednego przyjętego pacjenta w ramach medycyny pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich - stawka oczekiwana nie wyższa niż 20 zł za konsultację neurologiczną.</i></p> <p>Termin zawarcia umowy: 3.01.2022 r. do 31.12.2022 r.</p>
5.	Świadczenia w zakresie Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich. <u>/lekarz orzecznik/</u>	<p><b>Stawka za godzinę pracy lekarza orzecznika .....zł brutto.*</b></p> <p><i>*Stawka za godzinę pracy lekarza orzecznika w ramach medycyny pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich - stawka oczekiwana nie wyższa niż 110 zł .</i></p> <p>Termin zawarcia umowy: 3.01.2022 r. do 31.12.2022 r.</p>

**Ceny podane w formularzu ofertowym, są cenami niezmiennymi, obowiązującymi do końca trwania umowy. Ceny nie podlegają zmianie ani negocjacji .**

10. Deklaruję możliwość wypracowania;

Minimalną ilość konsultacji ..... w ciągu trwania umowy.

Maksymalną ilość konsultacji .....w ciągu trwania umowy.

dotyczy lekarza orzecznika

Minimalna ilość godzin ..... w ciągu trwania umowy.

Maksymalną ilość godzin ... ..w ciągu trwania umowy.

Deklaruję przyjęcia pacjentów co ..... minut.

**Ceny podane w formularzu ofertowym, są cenami niezmiennymi, obowiązującymi do końca trwania umowy. Ceny nie podlegają zmianie ani negocjacji .**

11 Przyjmujący zamówienie dokonuje podpisania umowy zgodnie z treścią szczegółowych istotnych warunków zamówienia.

12. Z wybranym Oferentem zostanie podpisana umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodna w treści ze wzorem załączonym do SWKO w terminie: od 3.01.2022 r. do 31.12.2022 r.

13. Podmioty gospodarcze posiadające na dzień składania ofert umowę kontraktową o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze Specjalistyczną Przychodnią Lekarską dla Pracowników Wojska SP ZOZ w Warszawie biorące udział w postępowaniu będą mogły podpisać nową umowę, jeżeli złożona obecnie oferta będzie korzystniejsza dla Przychodni pod względem finansowym i zabezpieczenia świadczeń.

14. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie ma ważną umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, której termin i zakres pokrywałyby się z niniejszą umową i postanowienia niniejszej umowy są korzystne lub neutralne dla Udzielającego zamówienia w stosunku do tej ważnej umowy, to Strony postanawiają, że umowa Nr..... z dnia .....rozwiązuje się w całości na mocy porozumienia stron w przeddzień rozpoczęcia obowiązywania niniejszej umowy tj. z dniem.....r

15. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie ma ważną umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, której termin i zakres pokrywałyby się z niniejszą umową i postanowienia niniejszej umowy są niekorzystne dla Udzielającego zamówienia w stosunku do tej ważnej umowy, to Strony postanawiają, że umowa niniejsza zaczyna obowiązywać po dniu wygaśnięcia obowiązywania umowy Nr ..... z dnia.....tj. niniejsza umowa zaczyna obowiązywać z dniem.....r.

16. Strony umowy mogą w drodze porozumienia stron zmienić umowę pod warunkiem, że zmiana będzie korzystna lub neutralna dla Udzielającego zamówienia. Zmiana może dotyczyć również zwiększenia ilości punktów do wykonania przez Przyjmującego zamówienie, jeżeli z analizy Udzielającego zamówienia wynikać będzie, że jest to zmiana neutralna lub korzystna dla Udzielającego zamówienia, a środki zabezpieczone na wykonanie umowy znajdują się w planie finansowym i brak jest przesłanek do ogłoszenia dodatkowych konkursów, ze względu na czas konieczności wykonania dodatkowych punktów lub brak dodatkowych miejsc u Udzielającego zamówienia na wykonanie świadczeń lub godzin w których mogą być wykonywane lub też prognozę ,że na ogłoszony dodatkowy konkurs nikt najprawdopodobniej się nie zgłosi lub ceny zaproponowane będą wyższe . niż w przedmiotowym konkursie. Art.27 ust.5 ustawy z 15 kwietnia 2011r. leczniczej o działalności leczniczej ( Dz.U. z 2021 r. poz. 711 z późn.zm.) stosuje się odpowiednio. Cena jednostkowa za punkt lub badanie nie może zostać podwyższona przez cały czas obowiązywania umowy.

17. W przypadku, w której Przyjmujący zamówienie ma zawartą inną ważną umowę z Udzielającym zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych dopuszcza się wykonywanie niniejszej umowy również w godzinach wskazanych w poprzednio zawartej ważnej umowie, której termin obowiązywania częściowo lub całkowicie pokrywa się niniejszą umową, pod warunkiem oświadczenia przez Przyjmującego zamówienie w ofercie, że wykonywanie niniejszej umowy nie wpłynie niekorzystnie na wykonanie poprzednio zawartej umowy i Przyjmujący zamówienie jest w stanie wykonać zobowiązania z obydwu umów, zgodnie z przepisami, w tym zgodnie z zapisami tych umów. W przypadku gdy Przyjmujący zamówienie został wybrany w postępowaniu dotyczącym niniejszej umowy i złożył powyższe oświadczenie, stanowiące załącznik nr 5 do umowy, dopuszcza się wykonywanie obydwu umów i przepisów o wyborze jednej z umów wskazanych w ust. 14 i 15 nie stosuje się.



**III. OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE o zapoznaniu się z przepisami prawnym.**

1. Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.
2. Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.
3. Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, Prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numerów telefonu stacjonarnego i komórkowego, e - mail przez SPL DLA PW SPZOK w Warszawie dla potrzeb bieżącego konkursu ofert i realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Przychodni.
5. Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu wskazanego w ofercie w SPL DLA PW SPZOK w Warszawie nie udzielam innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w Przychodni.
6. Oświadczam, że nie toczy się przeciw mnie postępowanie dotyczące odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza\*.
7. Oświadczam, że wyrażam / nie wyrażam zgody na doręczanie przez komisję konkursową oświadczeń i zawiadomień za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail wskazanym w formularzu ofertowym (Załącznik Nr .....), bez zachowania wymogów dotyczących bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz.U. z 2013 r. poz. 262 z późn. zm.).
8. Oświadczam, iż przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych, dostarczę polisę ubezpieczeniową i będę ją utrzymywał przez cały okres trwania umowy z Udzielającym Zamówienia.
9. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o nich Udzielającego Zamówienia
10. Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

**Oświadczenie Oferenta**

Oświadczam, że jestem stroną umowy zawartej z Specjalistyczną Przychodnią Lekarską dla Pracowników Wojska Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie w dniu ..... o nr ..... której termin obowiązywania częściowo/całkowicie\* pokrywa się z niniejszą umową z dnia .....nr..... . Oświadczam, że wykonanie niniejszej umowy z dnia .....nr ..... nie wpłynie niekorzystnie na wykonanie uprzednio zawartej umowy i jestem w stanie wykonać zobowiązania z obydwu umów, zgodnie z przepisami, w tym zgodnie z zapisami obydwu wyżej wymienionych umów.

\* niepotrzebne skreślić

.....

Podpis Oferenta