

STRONA TYTUŁOWA OFERTY

O F E R T A

Postępowanie nr III/2026/GIN

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii oraz ginekologii
onkologicznej w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o.**

Świadczeniodawca:

.....
(pełna nazwa świadczeniodawcy zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)

.....
(cd. pełna nazwa świadczeniodawcy zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)

Oferta zawiera kolejno ponumerowanych stron.

.....
(data, podpis i pieczęć Świadczeniodawcy)

Postępowanie nr III/2026/GIN na udzielanie zdrowotnych z zakresu ginekologii oraz ginekologii onkologicznej w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o.

Spis treści:

Nr strony (od - do)

1.	.....
2.	.....
3.	.....
4.	.....
5.	.....
6.	.....
7.	.....
8.	.....
9.	.....
10.	.....

.....

(data, podpis i pieczęć Świadczeniodawcy)

FORMULARZ OFERTY

Przystępując do konkursu na świadczenie usług zdrowotnych polegających **na udzielaniu zdrowotnych z zakresu ginekologii oraz ginekologii onkologicznej w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o.**

- numer postępowania **III/2026/GIN** ogłoszonego przez Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. o.o., z siedzibą przy Al. Solidarności 67 w Warszawie:

1. Oświadczam, iż oferuję wykonanie przedmiotu konkursu określonego w szczegółowych warunkach konkursu ofert.
2. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w szczegółowych warunkach konkursu i w terminach uzgodnionych z Zamawiającym.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
4. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty jakie Zamawiający zobowiązany będzie ponieść w związku z wykonaniem przedmiotowego zamówienia (tj. koszty badań profilaktycznych, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Zamawiającego).
5. Oświadczam, że:
 - a) zapoznałem się z treścią ogłoszenia i dokumentacją konkursową (SWKO wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
 - b) otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
 - c) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.

.....
(data, podpis i pieczęć)
Świadczeniodawcy)

Postępowanie nr III/2026/GIN udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii oraz ginekologii onkologicznej w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o.

OFERTA CENOWA

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. o.o. z siedzibą w Warszawie, Al. Solidarności 67, 03-401 w Warszawie określonych w SWKO Postępowania Konkursowego III/2026/GIN na następujących warunkach:

1. Wynagrodzenie godzinowe w wysokościzł godz. pracy świadczonej w Oddziale Położnictwa i Ginekologii z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej.
 - a. Przyjmującemu Zamówienie przysługuje dodatek dyżurowy za pełnienie dyżuru od godziny 15:00 do godz. 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w wysokości zł brutto z tytułu pełnienia funkcji kierownika dyżuru ginekologicznego.
 - b. Niezależnie od postanowienia ppkt. a ustala się utworzenie puli wynagrodzeń dodatkowych zależnej od wartości oraz liczby zrealizowanych w Oddziale świadczeń zdrowotnych w wysokości:
 - i. 50% wartości rozliczonych w danym miesiącu świadczeń onkologicznych w ramach DILO ponad wartość 38.000 zł
 - ii. 49% wartości zrealizowanych świadczeń ICD.9:73.71 oraz 74.1 (poród) za każde świadczenie w danym miesiącu ponad 62 – podziału puli dokonuje Ordynator Oddziału proporcjonalnie do zaangażowania poszczególnych przyjmujących zamówienie wskazując wysokość do zafakturowania przez Przyjmującego Zamówienie.
- podziału puli dokonuje Ordynator Oddziału proporcjonalnie do zaangażowania poszczególnych przyjmujących zamówienie. Zostają one wypłacone wraz z wynagrodzeniem na następny miesiąc.
2. Wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości% wartości przychodów uzyskanych przez Udzielającego Zamówienie z Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie wykonanych przez Przyjmującego Zamówienie procedur zgodnie z katalogiem świadczeń NFZ, rozliczonych w ramach Poradni Ginekologicznej. W przypadku gdy płatnikiem za zrealizowane świadczenie o którym mowa w zadaniu poprzednim jest podmiot inny niż NFZ, Przyjmujący Zamówienie otrzyma tytułem wynagrodzenia określoną w zdaniu pierwszym stawkę wynagrodzenia na podstawie wystawionej i opłaconej faktury.
3. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w wysokości nie mniej niżgodzin miesięcznie.

.....
(data, podpis i pieczęć Świadczeniodawcy)

Załącznik nr 5 do SWKO - Wzór oświadczenia

Postępowanie nr III/2026/GIN udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii oraz ginekologii onkologicznej w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany..... oświadczam, że niżej określone dokumenty znajdują się u Zamawiającego:

**niepotrzebne skreślić*

1. kopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* wydanego przez okręgową radę lekarską,
2. wydruk z właściwego rejestru (Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
3. kopia lub odpis prawa wykonywania zawodu lekarza,
4. kopia dyplomu lekarza,
5. kopia dyplomu specjalizacji,
6. kopia polisy OC obowiązującej w momencie składania ofert, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

.....
(data, podpis i pieczęć Świadczeniodawcy)

Załącznik nr 6 do SWKO - wykaz personelu świadczeniodawcy

Postępowanie nr III/2026/GIN udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa i ginekologii oraz ginekologii onkologicznej w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o.

/ dotyczy wyłącznie świadczeniodawców prowadzących podmioty lecznicze w rozumieniu art. 4 ustawy o działalności leczniczej/

Niniejszym oświadczam, iż świadczenia zdrowotne w Szpitalu Praskim pw. Przemienienia Pańskiego Spółka z o.o. realizowane będą przez następujący personel medyczny:

lp.	imię	nazwisko	tytuł zawodowy	npwz	posiadane specjalizacje
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					