

DOiK.1132.13.2026

..... dnia..... r.

**Komisja Konkursowa**  
**SP ZOZ MSWiA w Białymstoku**  
**im. Mariana Zyndrama - Kościalkowskiego**

## OFERTA KONKURSOWA

**na udzielanie przez lekarzy szpitalnych i ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych z zakresu ortopedii w SP ZOZ MSWiA w Białymstoku im. Mariana Zyndrama-Kościalkowskiego.**

### CZĘŚĆ A

L.p.	I.	II.	III.
1.	Imiona i nazwisko / Nazwa oferenta		
	Adres siedziby oferenta Nr telefonu		
	Numer rachunku bankowego		
2.	Numer księgi rejestrowej w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą		
	Numer REGON		
	Numer NIP		
	Numer prawa wykonywania zawodu		
	Świadczenia udzielane będą przy pomocy sprzętu i aparatury będącej własnością:		
	Deklarowana <u>miesięczna</u> liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych (dyżurów medycznych)	<b>w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Onkologii Narządu Ruchu</b> ..... <b>W Poradni Urazowo-Ortopedycznej</b> .....	
3.	Kwalifikacje zawodowe (specjalizacje, kursy, szkolenia itp.):		

	a) wymagane do udzielania świadczeń zdrowotnych:																																																					
	b) odbyte w okresie 2 lat przed dniem złożenia oferty:																																																					
4.	Doświadczenie zawodowe:																																																					
5.	Proponowane warunki finansowe za udzielanie świadczeń zdrowotnych:																																																					
	<p>1) Udzielanie świadczeń medycznych w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Onkologii Narządu Ruchu po godzinach normalnej ordynacji w ramach tzw. dyżuru lekarskiego:  ..... zł brutto (słownie: ..... złotych brutto) za każdą godzinę udzielania świadczeń,</p> <p>2) za wykonanie świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego Zamówienie opłaconych przez Narodowy Fundusz Zdrowia rozliczone grupą JGP według poniższych stawek:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Lp.</th><th>Nazwa świadczenia grupa JGP Hospitalizacja</th><th>cena brutto za wykonanie świadczenia</th><th>słownie złotych</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>A31 CHOROBY NERWÓW OBWODOWYCH</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>2.</td><td>H01 ENDOPROTEZOPLASTYKA ŁOKCIA, BARKU, NADGARSTKA, STAWU SKOKOWO-GOLENIOWEGO, PIERWOTNA CZĘŚCIOWA KOLANA*</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>3.</td><td>H02 Endoprotezoplastyka pierwotna częściowa stawu biodrowego *</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>4.</td><td>H09 Zabiegi operacyjne - rewizyjne z powodu aseptycznego obłuzowania lub z towarzyszącym złamaniem "okołoprotezowym" *</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>5.</td><td>H10 ZABIEGI OPERACYJNE - REWIZYJNE W PRZYPADKACH INFЕКCJI WOKÓŁ PROTEZY *</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>6.</td><td>H11 ZABIEGI RESEKCYJNE ZMIAN NOWOTWOROWYCH LUB GUZOWATYCH Z ENDOPROTEZOPLASTYKĄ LUB ZABIEG REWIZYJNY Z UŻYCIEM PROTEZ PORESEKCYJNYCH *</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>7.</td><td>H13 ENDOPROTEZOPLASTYKA PIERWOTNA CAŁKOWITA BIODRA*</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>8.</td><td>H14 ENDOPROTEZOPLASTYKA PIERWOTNA CAŁKOWITA BIODRA Z REKONSTRUKCJĄ KOSTNĄ, ENDOPROTEZOPLASTYKA STAWU BIODROWEGO Z ZASTOSOWANIEM TRZPIENIA PRZYNASADOWEGO, KAPOPLASTYKA STAWU BIODROWEGO*</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>9.</td><td>H15 ENDOPROTEZOPLASTYKA PIERWOTNA CAŁKOWITA KOLANA*</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>10.</td><td>H16 ENDOPROTEZOPLASTYKA REWIZYJNA CZĘŚCIOWA BIODRA*</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>11.</td><td>H17 ENDOPROTEZOPLASTYKA REWIZYJNA CAŁKOWITA BIODRA*</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>12.</td><td>H18 ENDOPROTEZOPLASTYKA REWIZYJNA CZĘŚCIOWA KOLANA*</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Lp.	Nazwa świadczenia grupa JGP Hospitalizacja	cena brutto za wykonanie świadczenia	słownie złotych	1.	A31 CHOROBY NERWÓW OBWODOWYCH			2.	H01 ENDOPROTEZOPLASTYKA ŁOKCIA, BARKU, NADGARSTKA, STAWU SKOKOWO-GOLENIOWEGO, PIERWOTNA CZĘŚCIOWA KOLANA*			3.	H02 Endoprotezoplastyka pierwotna częściowa stawu biodrowego *			4.	H09 Zabiegi operacyjne - rewizyjne z powodu aseptycznego obłuzowania lub z towarzyszącym złamaniem "okołoprotezowym" *			5.	H10 ZABIEGI OPERACYJNE - REWIZYJNE W PRZYPADKACH INFЕКCJI WOKÓŁ PROTEZY *			6.	H11 ZABIEGI RESEKCYJNE ZMIAN NOWOTWOROWYCH LUB GUZOWATYCH Z ENDOPROTEZOPLASTYKĄ LUB ZABIEG REWIZYJNY Z UŻYCIEM PROTEZ PORESEKCYJNYCH *			7.	H13 ENDOPROTEZOPLASTYKA PIERWOTNA CAŁKOWITA BIODRA*			8.	H14 ENDOPROTEZOPLASTYKA PIERWOTNA CAŁKOWITA BIODRA Z REKONSTRUKCJĄ KOSTNĄ, ENDOPROTEZOPLASTYKA STAWU BIODROWEGO Z ZASTOSOWANIEM TRZPIENIA PRZYNASADOWEGO, KAPOPLASTYKA STAWU BIODROWEGO*			9.	H15 ENDOPROTEZOPLASTYKA PIERWOTNA CAŁKOWITA KOLANA*			10.	H16 ENDOPROTEZOPLASTYKA REWIZYJNA CZĘŚCIOWA BIODRA*			11.	H17 ENDOPROTEZOPLASTYKA REWIZYJNA CAŁKOWITA BIODRA*			12.	H18 ENDOPROTEZOPLASTYKA REWIZYJNA CZĘŚCIOWA KOLANA*		
Lp.	Nazwa świadczenia grupa JGP Hospitalizacja	cena brutto za wykonanie świadczenia	słownie złotych																																																			
1.	A31 CHOROBY NERWÓW OBWODOWYCH																																																					
2.	H01 ENDOPROTEZOPLASTYKA ŁOKCIA, BARKU, NADGARSTKA, STAWU SKOKOWO-GOLENIOWEGO, PIERWOTNA CZĘŚCIOWA KOLANA*																																																					
3.	H02 Endoprotezoplastyka pierwotna częściowa stawu biodrowego *																																																					
4.	H09 Zabiegi operacyjne - rewizyjne z powodu aseptycznego obłuzowania lub z towarzyszącym złamaniem "okołoprotezowym" *																																																					
5.	H10 ZABIEGI OPERACYJNE - REWIZYJNE W PRZYPADKACH INFЕКCJI WOKÓŁ PROTEZY *																																																					
6.	H11 ZABIEGI RESEKCYJNE ZMIAN NOWOTWOROWYCH LUB GUZOWATYCH Z ENDOPROTEZOPLASTYKĄ LUB ZABIEG REWIZYJNY Z UŻYCIEM PROTEZ PORESEKCYJNYCH *																																																					
7.	H13 ENDOPROTEZOPLASTYKA PIERWOTNA CAŁKOWITA BIODRA*																																																					
8.	H14 ENDOPROTEZOPLASTYKA PIERWOTNA CAŁKOWITA BIODRA Z REKONSTRUKCJĄ KOSTNĄ, ENDOPROTEZOPLASTYKA STAWU BIODROWEGO Z ZASTOSOWANIEM TRZPIENIA PRZYNASADOWEGO, KAPOPLASTYKA STAWU BIODROWEGO*																																																					
9.	H15 ENDOPROTEZOPLASTYKA PIERWOTNA CAŁKOWITA KOLANA*																																																					
10.	H16 ENDOPROTEZOPLASTYKA REWIZYJNA CZĘŚCIOWA BIODRA*																																																					
11.	H17 ENDOPROTEZOPLASTYKA REWIZYJNA CAŁKOWITA BIODRA*																																																					
12.	H18 ENDOPROTEZOPLASTYKA REWIZYJNA CZĘŚCIOWA KOLANA*																																																					

13.	H19 ENDOPROTEZOPLASTYKA REWIZYJNA CAŁKOWITA KOLANA*		
14.	H21 ARTROSKOPOWA REKONSTRUKCJA Z UŻYCIEM IMPLANTÓW MOCUJĄCYCH*		
15.	H22 ARTROSKOPIA LECZNICZA*		
16.	H23 ARTROSKOPIA DIAGNOSTYCZNO - LECZNICZA*		
17.	H31E KOMPLEKSOWE ZABIEGI W ZAKRESIE KOŃCZYNY DOLNEJ I MIEDNICY > 65 R.Ż.*		
18.	H31F KOMPLEKSOWE ZABIEGI W ZAKRESIE KOŃCZYNY DOLNEJ I MIEDNICY < 66 R.Ż.*		
19.	H32 DUŻE ZABIEGI W ZAKRESIE KOŃCZYNY DOLNEJ I MIEDNICY*		
20.	H33 ŚREDNIE ZABIEGI NA KOŃCZYNIE DOLNEJ*		
21.	H41 REKONSTRUKCJA FUNKCJI RĘKI, W TYM MIKROCHIRURGICZNA *		
22.	H42 DUŻE ZABIEGI NA KOŃCZYNIE GÓRNEJ*		
23.	H43 ŚREDNIE ZABIEGI NA KOŃCZYNIE GÓRNEJ*		
24.	H62E ZŁAMANIA LUB ZWICHNIĘCIA W OBRĘBIE MIEDNICY LUB KOŃCZYNY DOLNEJ > 65 R.Ż.*		
25.	H62F ZŁAMANIA LUB ZWICHNIĘCIA W OBRĘBIE MIEDNICY LUB KOŃCZYNY DOLNEJ < 66 R.Ż.*		
26.	H63 ZŁAMANIA LUB ZWICHNIĘCIA W OBRĘBIE KOŃCZYNY GÓRNEJ*		
27.	H64 MNIEJSZE ZŁAMANIA LUB ZWICHNIĘCIA*		
28.	H67 CZYNNOŚCIOWE LECZENIE ZŁAMAŃ KOŚCI DŁUGICH, STAWOWYCH, MIEDNICY, KRĘGOSŁUPA		
29.	H80 ARTROTOMIE W CHOROBYCH INFEKCYJNYCH, NOWOTWOROWYCH KOŚCI, STAWÓW, TKANKI ŁĄCZNEJ *		
30.	H81 Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej		
31.	H82 DUŻE ZABIEGI W CHOROBYCH INFEKCYJNYCH, NOWOTWOROWYCH KOŚCI, STAWÓW, TKANKI ŁĄCZNEJ*		
32.	H83 ŚREDNIE ZABIEGI NA TKANKACH MIĘKKICH*		
33.	H84 MNIEJSZE ZABIEGI W OBRĘBIE UKŁADU MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWEGO LUB TKANEK MIĘKKICH*		
34.	H86 CHOROBY TKANEK MIĘKKICH		

przy czym, zapłata będzie następowała jako iloczyn liczby wykonanych świadczeń przez Przyjmującego zamówienie i procentu obliczonego według wzoru:

Ilość jednostek rozliczeniowych wykonanych i opłaconych przez POW NFZ z Oddziału Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej

Ilość jednostek rozliczeniowych wykonanych w Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej

= x % (tj. procent procedur przyjętych do zapłaty)

z zastrzeżeniem, że liczba świadczeń przyjęta do zapłaty będzie zaokrąglana zgodnie z zasadą: do 0,49 w dół i od 0,5 w górę.

### 3) W Poradni Urazowo-Ortopedycznej:

.....% (słownie: .....procent) za **wykonanie świadczeń zdrowotnych** przez Przyjmującego Zamówienie, obliczonych według wartości świadczeń rozliczonych i opłaconych przez POW NFZ. Świadczenia nieopłacone przez POW NFZ tzw. nadwykonania zostaną opłacone po opłaceniu przez POW NFZ.

Przy rozliczeniu świadczeń wykonanych w ramach umowy obowiązywać będzie zasada rozliczenia (ilość wykonanych i opłaconych punktów x % ceny punktu, który wynosi 1,87 zł brutto (słownie: .....)).

W przypadku zastosowania przez POW NFZ współczynnika korygującego, wartość rozliczanych

	świadczeń ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 0,75. <b>4) ..... zł brutto (słownie: .....)</b> za każdą konsultację specjalistyczną z zakresu posiadanej specjalizacji na rzecz pacjentów skierowanych do Udzielającego zamówienia przez podmioty, z którymi SP ZOZ MSWiA w Białymstoku im. Mariana Żyndrama – Kościałkowskiego zawarł umowy w przedmiotowym zakresie, Poradni Badań Profilaktycznych, zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienie,	
6.	Proponowany czas trwania umowy:	<input type="checkbox"/> 1 rok <input type="checkbox"/> 2 lata <input type="checkbox"/> 3 lata <i>*Proszę o wpisanie X w odpowiednim polu</i>

**\*) niepotrzebne skreślić**

.....  
 data i czytelny podpis Oferenta

**UWAGA**

1. Wypełniać czytelnie, **DUŻYMI** literami.
2. W przypadku braku miejsca w niniejszym formularzu na podanie wszystkich danych, informacje należy zapisać na dodatkowej karcie i dołączyć ją do oferty.
3. Wszystkie strony ofert, załączniki oraz zapisy o zmianach w treści udzielanych informacji muszą być parafowane

## **CZEŚĆ B**

### **OŚWIADCZENIE OFERENTA O ZAPOZNANIU SIĘ Z TREŚCIĄ OGŁOSZENIA KONKURSOWEGO**

Oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert przeprowadzanym przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku im. Mariana Zyndrama- Kościałkowskiego,
2. akceptuję warunki konkursu, a w szczególności prawo ogłaszającego konkurs do odwołania konkursu lub przesunięcia terminu składania ofert,
3. zostałem/am zapoznany/a z możliwością złożenia protestu i odwołania,
4. złożoną ofertą pozostaję związany przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert,
5. wszystkie dane, jakie zawarłem/am w ofercie, są zgodne ze stanem faktycznym,
6. w przypadku wygrania konkursu zobowiązuję się zawrzeć umowę na wykonanie świadczeń zdrowotnych na warunkach zawartych we wzorze umowy,
7. jeżeli zrezygnuję z zawarcia umowy w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zapłaty kary w wysokości 2.000 zł w terminie 3 dni od wezwania przez Udzielającego zamówienie do podpisania umowy.

.....  
*data i czytelny podpis Oferent*

## **CZEŚĆ C**

### **OŚWIADCZENIE OFERENTA O AKCEPTACJI POSTANOWIEŃ UMOWY, KTÓRA ZOSTANIE PODPISANA Z OSOBĄ WSKAZANĄ PRZEZ KOMISJĘ KONKURSOWĄ**

Oświadczam, że akceptuję postanowienia umowy na wykonanie świadczeń zdrowotnych **w zakresie ortopedii** której wzór określa Załącznik Nr 3 do „Szczegółowych warunków konkursu ofert”.

W przypadku wybrania mojej oferty w wyniku rozstrzygnięcia konkursu przez Komisję Konkursową, zobowiązuję się do niezwłocznego zawarcia umowy na wykonanie świadczeń zdrowotnych **w zakresie ortopedii**, zgodnej z ww. wzorem.

.....  
*data i czytelny podpis Oferenta*

## **CZEŚĆ D – Załączniki**

Wraz z ofertą konkursową oraz oświadczeniami o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i akceptacji postanowień umowy, która zostanie podpisana z osobą wskazaną przez Komisję Konkursową składam:

- ☐ 1. kopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe oferenta oraz podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez oferenta w okresie 2 lat przed dniem złożenia oferty (w tym dyplom, prawo wykonywania zawodu, specjalizacje, zaświadczenia o uprawnieniach, szkoleniach, kursach),
- ☐ 2. wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP ([www.firma.gov.pl](http://www.firma.gov.pl)),
- ☐ 3. wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą ([www.rpwdl.csioz.gov.pl](http://www.rpwdl.csioz.gov.pl)),
- ☐ 4. kopię ważnej polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej z dowodem opłaty (lub oświadczenie o zobowiązaniu się do zawarcia polisy OC w przypadku podpisania umowy),
- ☐ 5. aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania usług zdrowotnych na rzecz SP ZOZ MSWiA w Białymstoku im. Mariana Zyndrama-Kościałkowskiego
- ☐ 6. aktualne orzeczenie do celów sanitarno – epidemiologicznych.
- ☐ 7. aktualne zaświadczenie o odbytych szkoleniach bhp,
- ☐ 8. informację z Krajowego Rejestru Karnego
- ☐ 9. klauzulę informacyjną,
- ☐ 10. klauzula o monitoringu wizyjnym,
- ☐ 11. inne.....

.....  
*data i czytelny podpis Oferenta*