

Dane Zleceniodawcy:

Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o.

Adres: 02-781 Warszawa, ul. Rtm. Witolda Pileckiego 99

REGON: 142628955 NIP: 525-24-91-419

KRS: 0000368174

Kapitał zakładowy: 28.226.000,00 zł

Adres internetowy: www.szpitalpoludniowy.pl

e-mail: kontrakty@szpitalpoludniowy.pl

FORMULARZ OFERTOWY

Udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia w podziale na zakresy:

Zakres 1: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neonatologii.

Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.

Zakres 2: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Pracowni Endoskopii.

Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.

Zakres 3: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa operacyjnego w Centralnym Bloku Operacyjnym.

Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.

Zakres 4: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej.

Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.

Zakres 5: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii.

Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.

Zakres 6: Udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgniarских oraz świadczeń ratownika medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.

Zakres 7: Udzielanie świadczeń zdrowotnych położnej w Bloku Porodowym oraz Położniczej Izbie Przyjęć.

Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.

Zakres 8: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Pracowni Portów Naczyniowych.

Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.

Zakres 9: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Proktologicznej.

Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.

Zakres 10: Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez położną w Oddziale Ginekologii i Położnictwa.

Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.

Zakres 11: Udzielanie pielęgniarских i położniczych świadczeń zdrowotnych w Poradni Przyszpitalnej, a w szczególności w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Długoterminowej Opieki Zdrowotnej oraz Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej.

Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.

Zakres 12: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.

Zakres 13: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Pracowni Radiologii Obrazowej, a w szczególności w ramach Pracowni Kontrastów w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej, Pracowni Tomografii Komputerowej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz Oddziałach Szpitala.

Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.

Zakres 14: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.

Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.

OFERTA w zakresie.....

Imię i Nazwisko

PESEL.....Nr telefonu.....

Adres zamieszkania;

1. kod pocztowy: miejscowość:

2. gmina: ulica:

3. nr domu: nr lokalu:

4. Adres do korespondencji:

OŚWIADCZENIE OFERENTA:

1) Informacja o uprawnieniach do pobierania:

1. Emerytury: tak ☐ nie ☐ Renty: tak ☐ nie ☐

2. Czy jest orzeczony stopień niepełnosprawności:
tak ☐ nie ☐

3. Jeśli tak, zobowiązuje się złożyć posiadane orzeczenie do Działu Kadr Płac i Szkoleń:

- a. mam orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności ☐
 - b. mam orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ☐
 - c. mam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności ☐
- 2) Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:
- 3) Obecnie pracuję na podstawie umowy o pracę:
tak ☐ nie ☐
- 4) Obecnie pracuję na podstawie umowy zlecenia:
tak ☐ nie ☐
- 5) Oświadczam, że moje miesięczne wynagrodzenie od którego odprowadzane są składki na ubezpieczenia społeczne ze stosunku pracy/umowy cywilnoprawnej w innym zakładzie pracy niż Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o., w okresie trwania umowy cywilnoprawnej w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o. nie jest niższe od kwoty minimalnego wynagrodzenia określonego przez ustawę z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę:
NIE ☐ **TAK** ☐
- 6) Jestem objęta/y u obecnego pracodawcy ubezpieczeniem społecznym:
tak ☐ nie ☐
- 7) Przebywam u obecnego pracodawcy na urlopie bezpłatnym/wychowawczym:
tak ☐ nie ☐
- 8) **Jestem studentem do 26-go roku życia:**
NIE ☐ TAK ☐
i zobowiązuję się przedkładać zaświadczenie z uczelni wyższej o potwierdzeniu posiadania statusu studenta, wraz z rachunkiem do umowy cywilnoprawnej po zakończonym miesiącu kalendarzowym.
- 9) Oświadczam, że udzielane świadczenia wchodzą w zakres prowadzonej przeze mnie pozarolniczej działalności gospodarczej:
tak ☐ nie ☐
- 10) Opłacam z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej składki ZUS:
tak ☐ nie ☐
- 11) Pozostaję w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy:
tak ☐ nie ☐
- 12) Praca jest wykonywana w siedzibie Warszawskiego Szpitala Południowego sp. z o.o.:
tak ☐ nie ☐
- 13) Wnoszę o objęcie **OBOWIĄZKOWYM** ubezpieczeniem i dokonanie stosownych potrąceń z wynagrodzenia na ubezpieczenie:
TAK ☐ NIE ☐
Zdrowotne ☐ emerytalno - rentowe ☐ chorobowe ☐
- 14) Wnoszę o objęcie **DOBROWOLNYM** ubezpieczeniem i dokonanie stosownych potrąceń z wynagrodzenia na ubezpieczenie:
TAK ☐ NIE ☐
emerytalno - rentowe ☐ chorobowe ☐

nr konta:

[illegible]

Oferuje następujące warunki cenowe brutto:

Nazwa świadczenia zdrowotnego	Propozycja wynagrodzenia brutto
<p><u>Zakres 1: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neonatologii.</u></p> <p>Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.</p>	<p>1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń w Oddziale Neonatologii.</p> <p>2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p>
<p><u>Zakres 2: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Pracowni Endoskopii.</u></p> <p>Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.</p>	<p>1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń w Pracowni Endoskopii.</p> <p>2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p>
<p><u>Zakres 3: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa operacyjnego w Centralnym Bloku Operacyjnym.</u></p> <p>Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.</p>	<p>1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń w Centralnym Bloku Operacyjnym.</p> <p>2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p>
<p><u>Zakres 4: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej.</u></p> <p>Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.</p>	<p>1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń w Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej.</p> <p>2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p>

<p><u>Zakres 5: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii.</u></p> <p>Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.</p>	<p>1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii.</p> <p>2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p>
<p><u>Zakres 6: Udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgniarских oraz świadczeń ratownika medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.</u></p> <p>Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.</p>	<p>1) _____ zł brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.</p> <p>2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p> <p>3) Udzielanie świadczeń przez: <input type="checkbox"/> pielęgniarkę/ pielęgniarza <input type="checkbox"/> ratownika medycznego</p>
<p><u>Zakres 7: Udzielanie świadczeń zdrowotnych położnej w Bloku Porodowym oraz Położniczej Izbie Przyjęć.</u></p> <p>Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.</p>	<p>1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń w Bloku Porodowym oraz Położniczej Izbie Przyjęć.</p> <p>2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p>
<p><u>Zakres 8: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Pracowni Portów Naczyniowych.</u></p> <p>Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.</p>	<p>1) _____ zł za jedną wykonaną implantację lub za jedno wykonane usunięcie portu naczyniowego;</p> <p>2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p>
<p><u>Zakres 9: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Proktologicznej.</u></p> <p>Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.</p>	<p>1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Proktologicznej.</p> <p>2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p>
<p><u>Zakres 10: Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez położną w Oddziale Ginekologii i Położnictwa.</u></p> <p>Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.</p>	<p>1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń w Oddziale Ginekologii i Położnictwa.</p> <p>2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p>

<p><u>Zakres 11: Udzielanie pielęgniarских i położniczych świadczeń zdrowotnych w Przychodni Przyszpitalnej, a w szczególności w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Długoterminowej Opieki Zdrowotnej oraz AmbulATORYJNEJ Opieki Specjalistycznej.</u></p> <p>Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.</p>	<p>1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Przychodni Przyszpitalnej</p> <p>2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p> <p>3) Deklaracja miejsca udzielania świadczeń: <input type="checkbox"/> Warszawa, ul. Pileckiego 99 <input type="checkbox"/> Warszawa, ul. Solec 99</p> <p>4) Udzielanie świadczeń przez: <input type="checkbox"/> pielęgniarkę/ pielęgniara <input type="checkbox"/> położną</p> <p>5) Udzielanie świadczeń w ramach: <input type="checkbox"/> POZ <input type="checkbox"/> DOZ <input type="checkbox"/> AOS</p>
<p><u>Zakres 12: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.</u></p> <p>Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.</p>	<p>1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.</p> <p>2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p>
<p><u>Zakres 13: Pracowni Radiologii Obrazowej, a w szczególności w ramach Pracowni Kontrastów w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej, Pracowni Tomografii Komputerowej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz Oddziałach Szpitala.</u></p> <p>Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.</p>	<p>1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń w Pracowni Radiologii Obrazowej.</p> <p>2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p>
<p><u>Zakres 14: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej</u></p> <p>Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.09.2027 r.</p>	<p>1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej</p> <p>2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p> <p>3) Deklaracja miejsca udzielania świadczeń: <input type="checkbox"/> Warszawa, ul. Pileckiego 99 <input type="checkbox"/> Warszawa, ul. Solec 99</p>

Wykaz dołączonych do oferty dokumentów:

(dokumenty powinny mieć formę poświadczoną za zgodność z oryginałem kserokopii poświadczonych przez Oferenta zgodny z SWKO).

1.
2.

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

Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, SWKO oraz przedmiocie konkursu i nie zgłasza zastrzeżeń;
2. Oświadcza, że nie posiada umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia;
3. Oświadcza, że nie toczy się i nie toczyło przeciwko niemu postępowanie przed Okręgowym Sądem Lekarskim zakończone ukaraniem;
4. Zapoznał się projektem umowy i nie wnoszę w stosunku do niej żadnych uwag, a w przypadku wyboru mojej oferty podpiszę umowę w ciągu 14 dni od daty rozstrzygnięcia postępowania konkursowego.
5. Dane w ofercie i oświadczeniach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym;
6. Oferent oświadcza, że zobowiązuje się dostarczyć w przypadku przyjęcia oferty (najpóźniej do dnia podpisania umowy o udzielenie zamówienia) zaświadczenia z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności oraz oświadczenia, zgodnie art. 21 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (Dz.U.2023.1304 tj.). W razie braku spełnienia obowiązku o jakim mowa w zdaniu pierwszym powyżej Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o. będzie uprawniony do odstąpienia od umowy. W przypadku Zaświadczenia pobranego za pomocą systemu Krajowego Rejestru Karnego wymaga się dostarczenia wersji elektronicznej zapisanej w formie pliku na USB lub płycie CD;
7. Nie zalega w opłatach składek ZUS oraz w opłacie podatku w Urzędzie Skarbowym;
8. Posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty.
9. Zobowiązuje do przestrzegania praw pacjenta;
10. Gwarantuje ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty;
11. Zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Zleceniodawcy oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
12. Zobowiązuje się do odbycia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym.

Warszawa, dnia _____

Pieczęć i podpis Oferenta