

Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie  
ul. Czapliniecka 123, 97-400 Bełchatów

FORMULARZ OFERTOWY  
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Dane o Oferencie:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania).....

Numer prawa wykonywania

zawodu.....

Posiadana specjalizacja w zakresie .....

(proszę podać stopień specjalizacji)

Nr wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą .....

Ja niżej podpisany **wyrażam/ nie wyrażam\* (właściwie zakreślić)** na podstawie art. 6 ust. 1 lit a) w zw. z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyraźną i dobrowolną **zgode na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych w zakresie:**

Telefon.....

adres

e-mail

.....

**w celu komunikacji w sprawach związanych z realizacją konkursu i wyboru Pańskiej oferty w postępowaniu konkursowym.**

Dodatkowo mam świadomość, iż mogę w dowolnym momencie wycofać zgodę na przetwarzanie mojego telefonu i adresu e-mail. Wycofanie zgodny nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Ewentualne wycofanie zgody można zrealizować poprzez korespondencję elektroniczną na adres: organizacja@szpital-belchatow.pl

Dane o prowadzonej działalności gospodarczej:

Nazwa i adres firmy .....

1. Niniejszym przystępuję do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych i składam ofertę na wykonanie przedmiotowego zamówienia, zgodnie z treścią ogłoszenia o konkursie oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu.
2. Oferuję wykonanie świadczeń zdrowotnych w poniższym zakresie przedmiotu konkursu:

| Rodzaj świadczeń zdrowotnych  | Liczba godzin objęta przedmiotem zamówienia niezbędna do zabezpieczenia świadczeń przewidziana na okres 01.07.2026 do 31.05.2029 | Oferowana liczba godzin przez Oferenta przewidziana na okres od 01.07.2026 – 31.05.2029* | Oferowana Cena brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych | Oferowana miesięczna kwota ryczałtu (dot. realizacji zadań kierownika Oddziału) |
|---|--|--|---|---|
| Udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych pacjentom w Oddziale Kardiologicznym, Pododdziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i Poradni Kardiologicznej oraz realizacja zadań Kierownika Oddziału | 8 400  | .....godzin  | .....zł   | .....zł   |

# Udzielający zamówienie przewiduje maksymalną liczbę 8 400 godzin tj. 240 godz. miesięcznie objętą przedmiotem zamówienia na okres od 01.07.2026 do 31.05.2029 (tj. 35 miesięcy)

# udzielający zamówienie ustala minimalną miesięczną liczbę godzin, tj. 120 godz. miesięcznie.

\* - wskazać oferowaną maksymalną liczbę godzin

\*\* - wskazać oferowaną cenę brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń w Oddziale Kardiologicznym i Pododdziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Poradni Kardiologicznej)

\*\*\* - wskazać oferowaną kwotę brutto ryczałtu miesięcznego za realizację zadań kierownika Oddziału)

- ✓ Jakość – doświadczenie zawodowe w pracy Oferenta w zakresie określonym przedmiotem konkursu

Doświadczenie zawodowe w pracy Oferenta w zakresie określonym przedmiotem konkursu

| Doświadczenie zawodowe * |               |
|--------------------------|---------------|
| 8 lat                    | powyżej 8 lat |
|                          |               |

\* - zaznaczyć „X” w odpowiedniej rubryce

Posiadane kwalifikacje

| Kwalifikacje będące w dziedzinie przedmiotu konkursu*                         |   |   |
|---|---|---|
| lekarz specjalista lub lekarz specjalista II stopnia w dziedzinie kardiologii | lekarz specjalista lub lekarz specjalista II stopnia w dziedzinie kardiologii posiadający tytuł doktora nauk medycznych | lekarz specjalista lub specjalista II stopnia w dziedzinie kardiologii posiadający tytuł doktora nauk medycznych posiadający studia podyplomowe w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia |
|   |   |   |

\* - zaznaczyć „X” w odpowiedniej rubryce

- ✓ Dostępność do udzielania świadczeń miesięcznie na rzecz Udzielającego zamówienie

| Dostępność do udzielania świadczeń* |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 120 godzin miesięcznie              | powyżej 120 godzin miesięcznie |
|                                     |                                |

\* - zaznaczyć „X” w odpowiedniej rubryce

- ✓ Ciągłość w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem konkursu w ciągu ostatnich 6 miesięcy przez Przyjmującego zamówienie\*:

| Ciągłość w udzielaniu świadczeń* |     |
|----------------------------------|-----|
| Tak                              | Nie |
|                                  |     |

\* - **zaznaczyć „X” w odpowiedniej rubryce**

- ✓ Kompleksowość udzielanie świadczeń/lub nieudzielanie świadczeń w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy

| Kompleksowość w udzielaniu świadczeń*   |   |
|---|---|
| nie deklaruje udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele, święta oraz dni ustawowo wolne od pracy | deklaruje udzielanie świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele, święta oraz dni ustawowo wolne od pracy |
|   |   |

\* - **zaznaczyć „X” w odpowiedniej rubryce**

Oświadczam, że:

1. Wszelkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe.
2. Zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia o konkursie, Szczegółowymi Warunkami Konkursu (SWK) oraz z projektem umowy i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń oraz, że uzyskałem/-am wszelkie informacje niezbędne do przygotowania i złożenia oferty.
3. Oświadczam, że nie toczy się wobec mnie postępowanie karne i nie jestem pozbawiony prawa wykonywania zawodu.
4. Posiadam aktualne ubezpieczenie polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, bądź zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenia, w przypadku gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie trwania umowy na realizację świadczeń objętych konkursem.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach przedstawionych w projekcie umowy w terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia.
6. Uważam się związany/-a niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
7. Zobowiązuję się do wykonywania usług zgodnie z harmonogramem i zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia.
8. Oświadczam, że zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.
9. Oświadczam, że przedmiot zamówienia będę realizował/-a zgodnie z wymogami NFZ i poddam się kontroli prowadzonej przez NFZ oraz Udzielającego zamówienia.
10. Oświadczam, że posiadam możliwości wykonania świadczeń na warunkach podanych w materiałach konkursowych oraz wzorze umowy.
11. **Proponowany czas trwania umowy:** .....

..... dnia .....2026 r.  
(miejscowość)

.....  
(podpis Oferenta lub osoby upoważnionej)

**Do oferty załączam następujące dokumenty:**

1. Wydruk z systemu Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego (z datą nie wcześniejszą niż 6 miesięcy przed upływem terminu złożenia ofert).
2. Aktualny wydruk z księgi rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą, gdyż ofertę może złożyć Oferent dysponujący odpowiednimi uprawnieniami do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, posiadający odpowiedni wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
3. Kserokopia dokumentów: prawa wykonywania zawodu lekarza, dyplomu ukończenia studiów i posiadanej specjalizacji, certyfikaty/zaświadczenia/dyplomy.
4. Kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, badź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenia, w przypadku gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie trwania umowy na realizację świadczeń objętych konkursem.
5. Opis przebiegu pracy zawodowej.
6. Aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza medycyny o zdolności do realizacji przedmiotu umowy.
7. Aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie BHP adekwatnego dla swojej grupy zawodowej. W przypadku braku niniejszego zaświadczenia, należy dołączyć oświadczenie o poddaniu się szkoleniu na własny koszt w terminie najpóźniej do 31.07.2026r.
8. Pełnomocnictwo w przypadku, gdy oferta jest sporządzana przez pełnomocnika.

**Kserokopie dokumentów muszą zawierać na każdej stronie zapis – „potwierdzono za zgodność z oryginałem”, datę oraz czytelny podpis (lub podpis i imienna pieczęć) oferenta**

**UWAGA: oferty nie odpowiadające wymogom opisanym w SWK i w powyższym formularzu będą ODRZUCONE**

**Dodatkowo dla Podmiotów, których oferty zostaną przyjęte w postępowaniu konkursowym, przed podpisaniem umowy z Udzielającym zamówienie, niezbędne będzie przedłożenie następujących dokumentów, dotyczących każdego członka personelu medycznego:**

1. Formularz danych niezbędnych do weryfikacji w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym (**Załącznik nr 3 do SWK**);
2. Informacja o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego, o której mowa w art. 21 ust.3 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U. z 2024r. poz.560 z późn zm.);
3. Informacja z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwana do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi lub informacja z rejestru karnego państwa obywatelstwa (zgodnie z art. 21 ust. 4 i 6 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U. z 2024r. poz.560 z późn.zm.)) – **w przypadku osoby posiadającej obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska**
4. Oświadczenie o państwie lub państwach zamieszkania w ciągu ostatnich 20 lat (**Załącznik nr 4 do SWK**);
5. Oświadczenie o braku prawomocnego skazania w państwie obywatelstwa lub państwie zamieszkania (**Załącznik nr 5 do SWK**) – **jeżeli dotyczy**

Kopie powyższych dokumentów muszą zostać poświadczane „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta lub przez notariusza.

Oferty będą oceniane pod względem formalnym, tj. spełnienia warunków podanych w dokumentacji konkursowej oraz merytorycznym, tj. wyboru najkorzystniejszej oferty zgodnie z nw. kryteriami.

Klauzula obowiązku informacyjnego

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie, reprezentowanego przez Dyrektora Szpitala, adres: ul. Czapliniecka 123, 97-400 Bełchatów;
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [iod@szpital-belchatow.pl](mailto:iod@szpital-belchatow.pl);
3. Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO celem wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, w celu przeprowadzenia postępowania w trybie konkursu ofert na udzielenie zamówienia w zakresie świadczeń zdrowotnych oraz art. 6 ust. 1 lit. a) RODO, czyli zgody osoby, której dane są przetwarzane;
4. Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także podmiotom, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem).
5. Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1. Państwa dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z Instrukcją kancelaryjną i Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt 10 lat;
2. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia danych lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
3. Podanie danych osobowych, w przypadku innych niż dane podane na podstawie zgody jest obligatoryjne, aby zrealizować ww. cel. W przypadku danych podanych za zgodą, istnieje możliwość cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
4. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.