

.....
(miejscowość, data)

Pieczęć Oferenta:

Szpital Wojewódzki im. Prymasa
Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Sieradzu
ul. Armii Krajowej 7
98-200 Sieradz

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej wraz z opisywaniem badań w tym: Angio-TK tętnic wieńcowych, TK serca Calcium Score, Angio-TK TAVI, TK tętnic płucnych, TK aorty piersiowej

- ☐ ordynacja podstawowa Zakład Diagnostyki Obrazowej
☐ dyżury w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej

I. Dane Oferenta:

- 1) Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą
.....
.....
- 2) Imię.....
- 3) Nazwisko.....
- 4) PESEL.....
- 5) Nr prawa wykonywania zawodu.....
- 6) NIP.....REGON.....
- 7) Adres zamieszkania
-
- Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....
-
- 8) Tel. Kontaktowy

II. Kwalifikacje zawodowe Oferenta:

- Specjalista lub specjalizacja II stopnia z radiologii i diagnostyki obrazowej ☐
- Specjalizacja I stopnia z radiologii i diagnostyki obrazowej ☐
 - Odbywanie specjalizacji z radiologii i diagnostyki obrazowej ☐

III. Doświadczenie w pracy/udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym procedura konkursową:

- 1-5 lat ☐
- 6-15 lat ☐
- powyżej 15lat ☐

IV. Proponowana stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

a) cena za udzielanie świadczeń w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej:

- ✓ zł brutto za każdą godzinę udzielanych świadczeń zdrowotnych w ordynacji podstawowej od poniedziałku do piątku
- ✓ zł brutto za każdą godzinę udzielanych świadczeń zdrowotnych w ordynacji dyżurowej od poniedziałku do piątku
- ✓ zł brutto za każdą godzinę udzielanych świadczeń zdrowotnych w ordynacji dyżurowej w soboty, niedziele i święta

b) stawki prowizyjne za każdy wykonany opis badania:

- ✓ zł za badanie tomografii komputerowej,
- ✓ zł za badanie rezonansu magnetycznego,
- ✓ zł za badanie ultrasonograficzne,
- ✓ zł za opis badania radiologicznego,
- ✓ zł za badanie przepływu krwi za pomocą ultrasonografii dopplerowskiej,
- ✓ zł za opis badania mammograficznego,
- ✓ zł za opis badań Angio-TK tętnic wieńcowych, TK serca Calcium Score, Angio-TK TAVI, TK tętnic płucnych, TK aorty piersiowej

V. Proponowana liczba godzin udzielania świadczeń miesięcznie na rzecz Udzielającego zamówienie:

- 24 – 80 ☐
- 80 - 160 ☐
- powyżej 160 ☐

VI. Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na okres 24 miesięcy

VII. Oświadczenie Oferenta:

- Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem postępowania o udzielanie określonych świadczeń opieki zdrowotnej, treścią ogłoszenia o konkursie, SWKO, kryteriami oceny ofert, warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie i przetwarzanie danych osobowych dla celów przeprowadzanego konkursu o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.
- Oświadczam, że w okresie ostatnich trzech lat poprzedzających termin składania ofert w niniejszym postępowaniu konkursowym, nie rozwiązano ze mną w trybie natychmiastowym umowy na świadczenia zdrowotne realizowane w przedsiębiorstwie będącym podmiotem leczniczym lub Zakładem Opieki Zdrowotnej w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2026 r. poz. 156) z przyczyn leżących po mojej stronie, w związku z nienależytym wykonywaniem przeze mnie zobowiązania.
- Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu ofertowym obejmuje wszystkie koszty jakie Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie ponieść w związku ze zleconym wykonaniem przedmiotu zamówienia, tj. koszty dojazdu, koszty przeszkolenia w szczególności w zakresie bhp o ppoż. badań profilaktycznych (w tym do celów sanitarno-epidemiologicznych*), koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia.
- Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dla osób wykonujących swoje obowiązki na podstawie umów cywilnoprawnych (dostępna na stronie internetowej szpitala: <https://szpitale.lodzkie.pl/sieradz> w zakładce RODO).
- Oświadczam, że zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się na stronie <https://szpitalsieradz.pl/sygnalisci-5937> z procedurą PO/71 Zgłaszanie wewnętrznych przypadków nieprawidłowości oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń, obowiązującą w Szpitalu Wojewódzkim im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu.

.....
(data złożenia oświadczenia)

.....
(pieczęć i czytelny podpis oferenta)

**WSZYSTKIE SKŁADANE W OFERCIE ZAŁĄCZNIKI WINNY BYĆ POTWIERDZONYMI
ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM KOPIAMI WYMAGANYCH DOKUMENTÓW**

Załączniki:

1. kopia wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, * */*
2. wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej lub aktualne zaświadczenie o wpisie do KRS ***/**/*
3. kopie dokumentów (dyplom ukończenia Uniwersytetu/Akademii Medycznej, prawo wykonywania zawodu lekarza, posiadanych specjalizacji)* * lub przedłożenie wykazu osób uczestniczących przy realizacji zamówienia z podaniem kwalifikacji,*
4. kserokopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy * * */**/*
5. kopia certyfikatu jakości ISO 9001 *
6. zaświadczenia z przeszkolenia w zakresie bhp i p.poż **/***
7. kopia akredytacji *
8. kopia skierowania na badania lekarskie (wstępne okresowe kontrolne) oraz aktualnego zaświadczenia od lekarza profilaktyka o braku przeciwwskazań do udzielania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych oraz aktualnego zaświadczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych lub złożenie oświadczenia o przedłożeniu zaświadczeń do dnia rozpoczęcia działalności* */***
9. Oświadczenia * * */**/*
10. Pełnomocnictwo do podpisania i złożenia oferty wraz z wszystkimi załącznikami*
11. Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189 a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2025 r. poz. 383 oraz z 2023 r. poz. 1939) * * */**/*

* * * Dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą

* * Dotyczy indywidualnych/ indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich

* Dotyczy podmiotów leczniczych.