



OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie opisywania badań RTG w Pracowni RTG w siedzibie Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. lub na odległość w ramach teleradiologii dla Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. OPO/22/K/2024

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY W KONKURSIE NA UDZIELANIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

Niniejsza oferta jest składana w odpowiedzi na Konkurs Ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych ogłoszony w dniu **05.09.2024** r. przez Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach – s.p.z.o.z. z siedzibą w Katowicach, przy ulicy Panewnickiej nr 65, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000102533.

- Podstawa prawna:** Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.).
- Data złożenia oferty:** 2024 r.
- Oświadczenie:**
Składając niniejszą ofertę oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
- Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:**

| Lp. | Zakres | Cena jedn. brutto |
|-----|-------------------------------------|-------------------|
| 1. | Cena za każdy wykonany opis badania | PLN |

- Dane Oferenta:**
Nazwa i siedziba podmiotu/ imię i nazwisko osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....
.....

str. 1





OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie opisywania badań RTG w Pracowni RTG w siedzibie Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. lub na odległość w ramach teleradiologii dla Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. OPO/22/K/2024

Adres:.....

.....

.....

Numer wpisu do właściwego rejestru¹:

.....

Organ dokonujący wpisu do rejestru:

.....

Oferta jest składana na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie opisywania badań RTG w Pracowni RTG w siedzibie zamawiającego lub na odległość w postaci usługi teleradiologicznej dla Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. przez lekarza specjalistę lub lekarza będącego w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej bądź innej specjalizacji uprawniającej do opisywania badań RTG oraz innych badań obrazowych, z zastrzeżeniem, że lekarz w trakcie specjalizacji musi mieć ukończony min. II rok w/w specjalizacji oraz dokument zawierający potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę lekarza w zakresie opisywania badań RTG oraz innych badań obrazowych

.....dnia.....

.....

Podpis Oferenta





OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie opisywania badań RTG w Pracowni RTG w siedzibie Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. lub na odległość w ramach teleradiologii dla Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. OPO/22/K/2024

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE

O DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OFERENTA

Imię i nazwisko/ Nazwa prowadzonej działalności:

.....

Adres z kodem.....

NIP..... REGON..... PESEL

tel. fax,/ lub mail

Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do*:

- Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem
- nie dotyczy.

Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do*:

- Ewidencji Działalności Gospodarczej, prowadzonej przez
..... pod numerem
- Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
- nie dotyczy.

.....dnia.....

.....

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli
w imieniu Oferenta

str. 3





OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie opisywania badań RTG w Pracowni RTG w siedzibie Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. lub na odległość w ramach teleradiologii dla Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. OPO/22/K/2024

Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko.....

Składając ofertę na: ***udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie opisywania badań RTG w Pracowni RTG w siedzibie zamawiającego lub na odległość w postaci usługi teleradiologicznej dla Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. przez lekarza specjalistę lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki bądź innej specjalizacji z uprawnieniami do opisywania badań RTG.***

oświadczam, że:

1. zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
2. zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta, podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości wykonywanych świadczeń zdrowotnych;
3. świadczenia zdrowotne będące przedmiotem Konkursu Ofert będą wykonywane przez osobę posiadającą odpowiednie kwalifikacje, doświadczenie i uprawnienia do ich wykonywania zgodne z obowiązującymi w Polsce przepisami;
4. posiadam dyplom poświadczający:
 - a) wyższe wykształcenie medyczne nr
 - b) aktualne Prawo wykonywania zawodu nr z dnia
5. świadczenia zdrowotne będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, z zachowaniem przepisów sanitarnych, ppoż., BHP z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie;
6. zobowiązuję się do zgodnego z zasadami ustalonymi u Udzielającego Zamówienie

str. 4





OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie opisywania badań RTG w Pracowni RTG w siedzibie Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. lub na odległość w ramach teleradiologii dla Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. OPO/22/K/2024

użytkowania otrzymanych do korzystania pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz innych środków i sprzętu niezbędnego do udzielenia świadczenia zdrowotnego;

7. oświadczam, że nie posiadam zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

.....Dnia.....

.....

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli
w imieniu Oferenta





OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie opisywania badań RTG w Pracowni RTG w siedzibie Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. lub na odległość w ramach teleradiologii dla Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. OPO/22/K/2024

Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko/ Nazwa prowadzonej działalności:

oświadczam, że kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej potwierdzająca objęcie ubezpieczeniem działalności będącej przedmiotem konkursu zostanie dostarczona przeze mnie do 14 dni od daty podpisania umowy.

..... dnia

.....

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli
w imieniu Oferenta





OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie opisywania badań RTG w Pracowni RTG w siedzibie Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. lub na odległość w ramach teleradiologii dla Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. OPO/22/K/2024

Załącznik nr 5

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z pełną starannością zapoznałam/-em się z warunkami konkursu, zdobyłam/-em konieczne informacje do przygotowania oferty i nie wnoszę żadnych uwag oraz podpiszę umowę na warunkach określonych w Projekcie Umowy stanowiącym Załącznik nr 7.

..... dnia

.....
podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli
w imieniu Oferenta





OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie opisywania badań RTG w Pracowni RTG w siedzibie Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. lub na odległość w ramach teleradiologii dla Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. OPO/22/K/2024

Załącznik nr 6

OŚWIADCZENIA

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo imię i nazwisko osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....

1. Oświadczam, że nie ciąży na mnie prawomocne wyroki ani orzeczenia sądów powszechnych i zawodowych związanych z wykonywanym zawodem.*
2. oświadczam że nie byłam/em skazana/y za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, i przestępstwa z użyciem przemocy na szkodę małoletniego i nie toczy się przeciwko mnie żadne postępowanie karne ani dyscyplinarne w tym zakresie. *
3. Zobowiązuje się do dostarczenia informacji z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz dokumentu o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego do dwóch tygodni od momentu podpisania umowy *
4. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze Standardami Ochrony Małoletnich w OSK i zobowiązuję się do ich pełnego przestrzegania. *

..... dnia

.....

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli
w imieniu Oferenta

***W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą oświadczenie składają również osoby, które będą wykonywały świadczenia i zostały wskazane w załączniku nr 6A.**

str. 8





OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie opisywania badań RTG w Pracowni RTG w siedzibie Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. lub na odległość w ramach teleradiologii dla Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z. OPO/22/K/2024

Załącznik nr 6A

Imienny wykaz osób, które będą udzielać świadczenia zdrowotne w ramach realizacji zamówienia na:

udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie opisywania badań RTG w Pracowni RTG w siedzibie zamawiającego lub na odległość w postaci usługi teleradiologicznej dla Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z.

| Lp | Imię i Nazwisko | PESEL | Prawo wykonywania zawodu: nr i data | Wykształcenie | Specjalizacja: zakres, stopień i data uzyskania |
|----|-----------------|-------|--|---------------|---|
| | | | | | |

..... dnia

.....
podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli
w imieniu Oferenta

str. 9

