



**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 udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w ramach dyżurów stacjonarnych oraz pod telefonem w dni powszednie poza ordynacją dzienną oraz w soboty, niedziele i święta w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach s.p.z.o.z.*

*OPO/30/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 .....2024 r. roku 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.

- 1. Podstawa prawna:** Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 799 ze zm.).
- 2. Data złożenia oferty:** ..... 2024 r.
- 3. Oświadczenie:**  
Składając niniejszą ofertę oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
- 4. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:**



**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 udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w ramach dyżurów stacjonarnych oraz pod telefonem w dni powszednie poza ordynacją dzienną oraz w soboty, niedziele i święta w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach s.p.z.o.z.*

*OPO/30/K/2024*

Lp.	Zakres	Cena jedn. brutto
1.	1 godzina udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru stacjonarnego poza ordynacją dzienną w dniu powszednim.	.....zł.
2.	1 godzina udzielania świadczeń zdrowotnych dyżuru stacjonarnego w soboty, w niedziele i święta.	.....zł.
3.	1 godzina udzielania świadczeń zdrowotnych pod telefonem w ramach dyżuru poza ordynacją dzienną w dni powszednie.	.....zł.
4.	1 godzina udzielania świadczeń zdrowotnych pod telefonem w ramach dyżuru, w soboty, w niedziele i święta.	.....zł.

**5. Dane Oferenta:**

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

.....  
.....

Adres:.....

.....



**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 udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w ramach dyżurów stacjonarnych oraz pod telefonem w dni powszednie poza ordynacją dzienną oraz w soboty, niedziele i święta w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach s.p.z.o.z.*

*OPO/30/K/2024*

.....  
.  
Numer wpisu do właściwego rejestru<sup>1</sup>:  
.....  
.

Organ dokonujący wpisu do rejestru:  
.....

Oferta jest składana na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w zakresie chirurgii ogólnej w ramach dyżurów stacjonarnych oraz pod telefonem w dni powszednie oraz w soboty, niedziele i święta w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach -s.p.z.o.z przez lekarza specjalistę w zakresie chirurgii ogólnej lub lekarza z ukończonym min. II rokiem specjalizacji w ww. dziedzinie z dokumentem zawierającym potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę lekarza.

.....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



*Konkurs na udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w ramach dyżurów stacjonarnych oraz pod telefonem w dni powszednie poza ordynacją dzienną oraz w soboty, niedziele i święta w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach s.p.z.o.z.*

*OPO/30/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. 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 udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w ramach dyżurów stacjonarnych oraz pod telefonem w dni powszednie poza ordynacją dzienną oraz w soboty, niedziele i święta w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach s.p.z.o.z.*

*OPO/30/K/2024*

**Załącznik nr 3**

## **OŚWIADCZENIE**

Imię i nazwisko.....

Składając ofertę na.....

.....

...

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. 5





**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 udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w ramach dyżurów stacjonarnych oraz pod telefonem w dni powszednie poza ordynacją dzienną oraz w soboty, niedziele i święta w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach s.p.z.o.z.*

*OPO/30/K/2024*

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

- 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 udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w ramach dyżurów stacjonarnych oraz pod telefonem w dni powszednie poza ordynacją dzienną oraz w soboty, niedziele i święta w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach s.p.z.o.z.*

*OPO/30/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 udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w ramach dyżurów stacjonarnych oraz pod telefonem w dni powszednie poza ordynacją dzienną oraz w soboty, niedziele i święta w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach s.p.z.o.z.*

*OPO/30/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 udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w ramach dyżurów stacjonarnych oraz pod telefonem w dni powszednie poza ordynacją dzienną oraz w soboty, niedziele i święta w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach s.p.z.o.z.*

*OPO/30/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 byłem/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 zapoznałem/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. 9





**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 udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w ramach dyżurów stacjonarnych oraz pod telefonem w dni powszednie poza ordynacją dzienną oraz w soboty, niedziele i święta w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach s.p.z.o.z.*

*OPO/30/K/2024*

**Załącznik nr 6A**

**Imienny wykaz osób, które będą udzielać świadczenia zdrowotne w ramach realizacji zamówienia w zakresie chirurgii ogólnej w ramach dyżurów stacjonarnych oraz pod telefonem w dni powszednie oraz w soboty, niedziele i święta w Okręgowym Szpitalu Kolejowym 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

