



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 ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach -s.p.z.o.z
OPO/07/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 ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach -s.p.z.o.z ogłoszonym w dniu 08.05.2024 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:**

Zakres	Oferowany procent za 1 punkt udzielania świadczeń zdrowotnych wykonywanych zgodnie z wymaganiami NFZ
Cena za każdy wykonany, sprawozdany oraz rozliczony w systemie elektronicznym NFZ punkt – waga 100% z uwzględnieniem ewentualnej korekty dokonanej przez NFZ przez pierwsze 6 miesięcy trwania umowy % za 1 punkt
Cena za każdy wykonany, sprawozdany oraz rozliczony w systemie elektronicznym NFZ punkt – waga 100% z uwzględnieniem ewentualnej korekty dokonanej przez za kolejne 6 miesięcy trwania umowy % za 1 punkt

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 udzielenie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach -s.p.z.o.z
OPO/07/K/2024*

5. Dane Oferenta:

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

.....
.....

Adres:.....

.....
.....

Numer wpisu do właściwego rejestru¹:

.....

Organ dokonujący wpisu do rejestru:

.....

Oferta jest składana na udzielenie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach -s.p.z.o.z w ramach godzin pracy poradni przez lekarza specjalistę w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu 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 w poradni specjalistycznej.

.....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 udzielenie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach -s.p.z.o.z
OPO/07/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



Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

*Konkurs na udzielenie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach -s.p.z.o.z
OPO/07/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 wskazaniem 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 użytkowania otrzymanych do korzystania pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz innych środków i sprzętu niezbędnego do udzielenia świadczenia zdrowotnego;

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 ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach -s.p.z.o.z
OPO/07/K/2024*

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 udzielenie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach -s.p.z.o.z
OPO/07/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 ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach -s.p.z.o.z
OPO/07/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



Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

*Konkurs na udzielenie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach -s.p.z.o.z
OPO/07/K/2024*

Załącznik nr 6

OŚWIADCZENIE

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

.....

Oświadczam, że nie ciąży na mnie prawomocne wyroki ani orzeczenia sądów powszechnych i zawodowych związanych z wykonywanym zawodem.*

..... 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.





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 ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach -s.p.z.o.z
OPO/07/K/2024*

Załącznik nr 6A

Imienny wykaz osób, które będą udzielać świadczenia zdrowotne w ramach realizacji zamówienia w zakresie: „udzielenia ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej 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

