



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 okulistyki w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.o z w godzinach ordynacji dziennej i poza godzinami ordynacji dziennej oraz w Poradni Chirurgii Ogólnej .
OPO/06/K/2023*

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY

W KONKURSIE NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Niniejsza Oferta składana jest w odpowiedzi na Konkurs w zakresie chirurgii ogólnej ze specjalizacją chirurgii onkologicznej na ogłoszony w dniu 18 stycznia 2023 r. przez Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach – s.p.z.o.o. 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 2022 r. poz. 633 ze zm.).
- Dane Oferenta:** nazwa i siedziba podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub imię i nazwisko oraz adres zamieszkania osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....
.....

Adres:

.....
.....

Numer wpisu do właściwego rejestru:

.....

Organ dokonujący wpisu do rejestru:

.....

1. Oświadczenia Oferenta:

- składając niniejszą Ofertę oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia i Warunkami Konkursu OPO/43/K/2022,
- oświadczam, że uważam się związany Ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert, a okres ten może zostać przedłużony na wniosek Udzielającego zamówienie i za moją zgodą.

**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 okulistyki w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.o. w godzinach ordynacji dziennej i poza godzinami ordynacji dziennej oraz w Poradni Chirurgii Ogólnej .
OPO/06/K/2023*

2. Oferowana cena za realizację zamówienia:

Zakres	Cena jedn. brutto
1. Godzina udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala w godzinach ordynacji dziennej	oferowana liczba godzin tygodniowo (nie mniej niż 5 razy w tygodniu) w ramach ordynacji dziennej (od 7:00 do 14:35) cenazł brutto
2. Godzina udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala poza godzinami ordynacji dziennej	oferowana liczba godzin tygodniowo (od poniedziałku do piątku) (nie mniej niż 2 razy w tygodniu) Poza godzinami ordynacji dziennej (od 14:35 do 7:00) cenazł brutto
3. Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala poza godzinami ordynacji dziennej	oferowana liczba godzin w miesiącu (sobota, niedziela i święta) (nie mniej niż 48 godzin w miesiącu) Poza godzinami ordynacji dziennej (od 7:00 do 7:00 (24h))



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 okulistyki w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.z w godzinach ordynacji dziennej i poza godzinami ordynacji dziennej oraz w Poradni Chirurgii Ogólnej .
OPO/06/K/2023*

	cenazł brutto
4)Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii Ogólnej Szpitala w godzinach ustalonych zgodnie z harmonogramem	oferowana liczba godzin tygodniowo (nie mniej niż 1 raz w tygodniu) cena w % za punkt brutto (nie więcej niż 50%).

3. Oferta jest składana na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej ze specjalizacją chirurgii ogólnej w wymiarze nie mniejszym niż:

- 5 dni tygodniowo – w oddziale chirurgii w godzinach ordynacji dziennej,
- 2 razy w tygodniu poza godzinami ordynacji dziennej
- Nie mniej niż 48 godzin w miesiącu w soboty , w niedziele i święta
- 1 dzień tygodniowo – w Poradni Chirurgii Ogólnej Szpitala w godzinach ustalonych zgodnie z harmonogramem (w godzinach ordynacji dziennej lub poza godzinami ordynacji dziennej)

....., 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 okulistyki w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.o.z w godzinach ordynacji dziennej i poza godzinami ordynacji dziennej oraz w Poradni Chirurgii Ogólnej .
OPO/06/K/2023*

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE O DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OFERENTA

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

.....
.....

Adres z kodem.....

NIP..... REGON.....

albo PESEL

tel. fax..... ;

e-mail:.....

Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do*:

- Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem
- nie dotyczy.

Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do*:

- Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- nie dotyczy

Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:

- Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez

....., dnia

.....

Strona 12 z 19



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 Opieki Zdrowotnej
Samorządu Województwa Śląskiego

*Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie okulistyki w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.o. w godzinach ordynacji dziennej i poza godzinami ordynacji dziennej oraz w Poradni Chirurgii Ogólnej .
OPO/06/K/2023*

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu

Oferenta

*Zaznaczyć właściwy





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 okulistyki w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.o.z w godzinach ordynacji dziennej i poza godzinami ordynacji dziennej oraz w Poradni Chirurgii Ogólnej .
OPO/06/K/2023*

Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE

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

.....

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) osoby wskazane w załączniku nr 6A do Warunków Konkursu, które będą udzielać świadczenia zdrowotne, posiadają dokumenty poświadczające ich kwalifikacje i uprawnienia, tj.:
 - a) wyższe wykształcenie medyczne,
 - b) specjalizację,
 - c) aktualne prawo wykonywania zawodu;
- 5) świadczenia zdrowotne będą wykonywane zgodnie z wymogami współczesnej wiedzy medycznej, wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, ppoż. i 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;
- 7) oświadczam, że nie posiadam zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia,

Strona 14 z 19



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 okulistyki w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.o.z w godzinach ordynacji dziennej i poza godzinami ordynacji dziennej oraz w Poradni Chirurgii Ogólnej .
OPO/06/K/2023*

....., 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 okulistyki w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.o.z w godzinach ordynacji dziennej i poza godzinami ordynacji dziennej oraz w Poradni Chirurgii Ogólnej .
OPO/06/K/2023*

Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE

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

.....
.....

Składając Ofertę na:

.....

oświadczam, że:

- 1) kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej potwierdzająca objęcie ubezpieczeniem całej działalności będącej przedmiotem Umowy zostanie dostarczona przeze mnie najpóźniej na dzień przed jej podpisaniem,
- 2) ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres trwania Umowy z Udzielającym zamówienie.

....., 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 okulistyki w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.o. w godzinach ordynacji dziennej i poza godzinami ordynacji dziennej oraz w Poradni Chirurgii Ogólnej .
OPO/06/K/2023*

Załącznik nr 5

OŚWIADCZENIE

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

.....
.....

Składając Ofertę na:

.....

oświadczam, że z pełną starannością zapoznałem się z Warunkami Konkursu, zdobyłem konieczne informacje do przygotowania oferty i nie wnoszę żadnych uwag oraz podpiszę umowę na warunkach określonych w Projekcie umowy stanowiącym Załącznik nr 7 do Warunków Konkursu.

....., 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 okulistyki w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.o.z w godzinach ordynacji dziennej i poza godzinami ordynacji dziennej oraz w Poradni Chirurgii Ogólnej .
OPO/06/K/2023*

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 zostały wobec mnie wydane prawomocne wyroki ani orzeczenia sądów powszechnych i zawodowych związane 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 do Warunków Konkursu.

Strona 18 z 19