



**WARSZAWSKI
SZPITAL
POŁUDNIOWY**

NIP: 525-24-91-419



podmiot leczniczy
miasta stołecznego
Warszawy

REGON: 14268955

Załącznik nr 2 do Szczególnych warunków konkursu Ofert

Dane Udzielającego Zamówienia:

Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o.

Adres: 02-781 Warszawa, ul. rtm. Witolda Pileckiego 99

REGON: 1426268955 NIP: 525-24-91-419

KRS 0000368174

Kapitał zakładowy 25.070.000,00 zł

Adres internetowy: www.szpitalpoludniowy.pl

e-mail: kadry@szpitalpoludniowy.pl

FORMULARZ OFERTOWY

I. Dane Przyjmującego Zamówienie

Nazwa Oferenta:

Adres zameldowania/siedziba firmy:

.....

Adres e-mail:

Nr tel:

PESEL:

NIP (jeśli dotyczy):

REGON (jeśli dotyczy):

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ogłoszeniem o przedmiotach konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych”, oraz projektem umowy oraz OWU i nie zgłasza zastrzeżeń;
2. oświadcza, że nie posiada umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia;
3. oświadcza, że nie toczy się i nie toczyło się przeciwko niemu postępowanie przed Okręgowym Sądem Lekarskim zakończone ukaraniem.



1. Oferuje następujące warunki cenowe brutto:

Zakres 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Podstawowej Opiece Zdrowotnej POZ

- 1) stawka za 1 pacjenta przyjętego w POZ brutto –
- 2) stawka za konsultację pacjenta w eskorcie Policji –

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Zakres 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Przychodni Przychodni Szpitalnej:

1) Poradnia Neurologiczna – lekarz

- a) % za jeden sprawozdany i rozliczony punkt NFZ.%
- b) stawka za konsultację pacjenta Szpitala.....

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

2) Poradnia Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej - lekarz

- a) % za jeden sprawozdany i rozliczony punkt NFZ.%
- b) % za rozliczony etap świadczenia w pakiecie w ramach Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego **DILO**.%
- c) Komercja – % ceny określonej w cenniku Szpitala.%

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

3) Poradnia Urologiczna - lekarz

- a) % za jeden sprawozdany i rozliczony punkt NFZ.%
- b) % za rozliczony etap świadczenia w pakiecie w ramach Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego **DILO**.%
- c) Komercja – % ceny określonej w cenniku Szpitala.%

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:



4) Poradnia Diabetologiczna – lekarz

- a) % za jeden sprawozdany i rozliczony punkt NFZ.%.
b) Komercja – % ceny określonej w cenniku Szpitala.%.

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

5) Poradnia Ginekologiczno - Położnicza - lekarz

- a) % za jeden sprawozdany i rozliczony punkt NFZ.%.
b) % za rozliczony etap świadczenia w pakiecie w ramach Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego **DILO**.%.
c) Komercja – % ceny określonej w cenniku Szpitala.%'
d) USG ciążowe – **zł za badanie**;
e) USG pozostałe – **zł za badanie**.

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

6) Poradnia Okulistyczna - lekarz

- a) % za jeden sprawozdany i rozliczony punkt NFZ.%.
b) % za rozliczony etap świadczenia w pakiecie w ramach Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego **DILO**.%.
c) Komercja – % ceny określonej w cenniku Szpitala.%'

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

7) Poradnia Chirurgii Ogólnej i Proktologicznej - lekarz

- a) % za jeden sprawozdany i rozliczony punkt NFZ.%.
b) % za rozliczony etap świadczenia w pakiecie w ramach Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego **DILO**.%.
c) Komercja – % ceny określonej w cenniku Szpitala.%'

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:



Zakres 3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Pracowni Diagnostyki Obrazowej:

Maksymalna stawka za świadczenie:

1) Opis badania MR :

- a) Angio tętnic mózgowych, Głowy, Oczodołów, Przysadki mózgowej, Kręgosłupa C/TH/LS –zł za opis;
- b) Jamy brzusznej, Miednicy mniejszej, Cholangiografii –zł za opis;
- c) Stawów – zł za opis;
- d) Prostaty, Szyi – zł za opis.

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Zakres 4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Zakładzie Patomorfologii:

Stawka za jeden 1 bloczek parafinowy zł

Zakres 5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Pracowni Endoskopii:

Stawki za jedno badanie :

- a) Gastroskopia diagnostyczna z testem urazowym - zł.
- b) Gastroskopia z biopsją (1 badanie hist-pat) - zł.
- c) Gastroskopia z biopsją (więcej niż 1 badanie hist-pat) - zł.
- d) Kolonoskopia diagnostyczna - zł.
- e) Kolonoskopia z biopsją (1 badanie hist-pat) - zł.
- f) Kolonoskopia z polipektomią (pętla diatermiczna i badanie hist-pat) - zł
- g) Sigmoidoskopia - zł.
- h) Tamowanie krwawienia z przewodu pokarmowego – zł
- 1) Komercja - % ceny świadczenia określonego w cenniku Szpitala -%.

Zakres 6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich Nocna Pomoc Lekarska:

NPL LEKARZ	KONTRAKT			ZLECENIE		
	Stawka Godzina	Stawka Wyjazd	Stawka Konsultacja pacjenta pod eskortą Policji	Stawka Godzina	Stawka Wyjazd	Stawka Konsultacja pacjenta pod eskortą Policji

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:





Zakres 7. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej:

1) Stawka godzinowa:

od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 – 16:00	
Od poniedziałku do piątku w godzinach 16:00 – 8:00 oraz w niedziele, święta i dni wolne	

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

- 2) Operacja endoprotezoplastyki stawu kolanowego lub biodrowego lub operacja rewizyjna jeśli lekarz był operatorem –%.
- 3) Stabilizacja odcinka lędźwiowego metodą ALIF w zakresie chirurgii kręgosłupa – **stawka za zabieg** zł.
- 4) rozliczony etap świadczenia w pakiecie w ramach Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego **DILO**.%.

Zakres 8. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Proktologicznej:

1) Stawka godzinowa:

od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 – 16:00	
Od poniedziałku do piątku w godzinach 16:00 – 8:00 oraz w niedziele, święta i dni wolne	

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Zakres 9. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Oddziale Ginekologii i Położnictwa:

1) Stawka godzinowa:

od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 – 16:00	
Od poniedziałku do piątku w godzinach 16:00 – 8:00 oraz w niedziele, święta i dni wolne	

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Zakres 10. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii:

1) Stawka godzinowa:

od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 – 16:00	
Od poniedziałku do piątku w godzinach 16:00 – 8:00 oraz w niedziele, święta i dni wolne	

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:



Zakres 11. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Oddziale Neonatologii:

Stawka za godzinę brutto	
--------------------------	--

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Zakres 12. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w zakresie portów naczyniowych:

Implantacja portu naczyniowego w pakiecie DILO	
Implantacja portu naczyniowego poza pakietem DILO	
Usunięcie portu naczyniowego	

Zakres 13. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym:

SOR Lekarz	Stawka godzina kontrakt
Lekarz specjalista	
Lekarz Specjalista w zakresie medycyny ratunkowej	
Lekarz bez specjalizacji	

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Samodzielne udzielanie świadczeń w SOR wg kategorii medycznej pacjenta	
Kategoria III	
Kategoria IV	
Kategoria V	
Kategoria VI	

Udzielanie świadczeń w SOR wraz z asystą lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chirurgii urazowo - ortopedycznej wg kategorii medycznej pacjenta		
Stawki lekarza SOR		Stawki lekarza asystującego
Kategoria IV	20,00 zł	
Kategoria V	30,00 zł	
Kategoria VI	60,00 zł	

Zakres 14. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich wraz z kierowaniem Szpitalnym Oddziale Ratunkowym:

Lekarz wraz z kierowaniem SOR	Stawka godzina kontrakt
Lekarz specjalista	
Lekarz Specjalista w zakresie medycyny ratunkowej	

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Samodzielne udzielanie świadczeń lekarza w SOR wg kategorii medycznej pacjenta	
Kategoria III	
Kategoria IV	
Kategoria V	
Kategoria VI	

Udzielanie świadczeń w SOR wraz z asystą lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chirurgii urazowo - ortopedycznej wg kategorii medycznej pacjenta	
Stawki lekarza SOR	Stawki lekarza asystującego
Kategoria IV	
Kategoria V	
Kategoria VI	

Zakres 15. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich wraz z zastępowaniem kierownika w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym:

Lekarz wraz z koordynowaniem SOR	Stawka godzina kontrakt
Lekarz specjalista	

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Samodzielne udzielanie świadczeń lekarza w SOR wg kategorii medycznej pacjenta	
Kategoria III	
Kategoria IV	
Kategoria V	
Kategoria VI	



Udzielanie świadczeń w SOR wraz z asystą lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chirurgii urazowo - ortopedycznej wg kategorii medycznej pacjenta

Stawki lekarza SOR		Stawki lekarza asystującego
Kategoria IV		
Kategoria V		
Kategoria VI		

Zakres 16. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich wraz z koordynowaniem w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym:

Lekarz wraz z koordynowaniem SOR	Stawka godzina kontrakt
Lekarz bez specjalizacji	

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Samodzielne udzielanie świadczeń lekarza w SOR wg kategorii medycznej pacjenta

Kategoria III	
Kategoria IV	
Kategoria V	
Kategoria VI	

Udzielanie świadczeń w SOR wraz z asystą lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chirurgii urazowo - ortopedycznej wg kategorii medycznej pacjenta

Stawki lekarza SOR		Stawki lekarza asystującego
Kategoria IV		
Kategoria V		
Kategoria VI		



Zakres 17. Udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarских:

Komórka Szpitala PIEŁĘGNIARKA	Cena godzina	
SOR	kontrakt -	zlecenie -
Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii	kontrakt -	zlecenie -
PRACOWNIA ENDOSKOPII	kontrakt -	zlecenie -
POZ	kontrakt -	zlecenie -
PRZYCHODNIA PRZYSZPITALNA Warszawa ul. Pileckiego 99 oraz ul. Solec 99	kontrakt -	zlecenie -

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Długoterminowa Opieka Lekarska	wizyta kontrakt -	wizyta zlecenie -
--------------------------------	-------------------	-------------------

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

NPL PIEŁĘGNIARKA	Stawka godzina	Stawka wyjazd

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Oddział PIEŁĘGNIARKI	kontrakt		Zlecenie	
	Stawka 1-108 godzin	Stawka powyżej 108 godzin	Stawka 1-108 godzin	Stawka powyżej 108 godzin
CBO				
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii				
Oddział Neonatologii				
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej				
Oddział Chirurgii Ogólnej Proktologicznej -Gabinet zabiegowy				
Ambulatoryjny Zakład Diagnostyki Obrazowej				

PIEŁĘGNIARKA ODDZIAŁ Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

CBO	
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	
Oddział Neonatologii	
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	
Oddział Chirurgii Ogólnej Proktologicznej -Gabinet zabiegowy	
Ambulatoryjny Zakład Diagnostyki Obrazowej	





Zakres 18. Udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich w zakresie portów naczyniowych:

Pielęgniarka	Stawka	
	Implantacja portu naczyniowego	Usunięcie portu naczyniowego
Kontrakt lub zlecenie		

Zakres 19. Udzielanie świadczeń zdrowotnych – ratownik medyczny:

Ratownik medyczny	Stawka godzina	
	Stawka kontrakt	Stawka zlecenie
SOR		

4. OŚWIADCZENIE OFERENTA :

1) Informacja o uprawnieniach do pobierania:

1. Emerytury: tak ☐ nie ☐ Renty: tak ☐ nie ☐
2. Czy jest orzeczonego stopień niepełnosprawności: tak ☐ nie ☐
3. Jeśli tak, zobowiązuję się złożyć posiadane orzeczenie do Działu Kadr Płac i Szkoleń:
- a) mam orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności ☐
- b) mam orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ☐
- c) mam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności ☐

2) Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:.....

3) Obecnie pracuję na podstawie umowy o pracę: tak ☐ nie ☐

4) Obecnie pracuję na podstawie umowy zlecenia: tak ☐ nie ☐

5) Oświadczam, że moje miesięczne wynagrodzenie od którego odprowadzane są składki na ubezpieczenia społeczne ze stosunku pracy/umowy cywilnoprawnej w innym zakładzie pracy niż Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o. , w okresie trwania umowy cywilnoprawnej w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o. nie jest niższe od kwoty minimalnego wynagrodzenia określonego przez ustawę z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę: **NIE** ☐ **TAK** ☐

6) Jestem objęta/y u obecnego pracodawcy ubezpieczeniem społecznym: tak ☐ nie ☐

7) Przebywam u obecnego pracodawcy na urlopie bezpłatnym/wychowawczym:

tak ☐ nie ☐

8) **Jestem studentem do 26-go roku życia:** NIE ☐ TAK ☐ i zobowiązuję się przedkładać zaświadczenie z uczelni wyższej o potwierdzeniu posiadania statusu studenta, wraz z rachunkiem do umowy cywilnoprawnej po zakończonym miesiącu kalendarzowym.



- [illegible]



- 24) Gwarantuję ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty;
- 25) Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta;
- 26) Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji;
- 27) Zobowiązuję się do odbycia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczona kopia prawa wykonywania zawodu – zał. nr 1.
2. Poświadczona kopia dyplomu / świadectwa – zał. nr 2.
3. Poświadczona kopia dyplomu specjalizacji – zał. nr 3.
4. Kopia wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej – zał. nr 4. JEŚLI DOTYCZY
5. Kopia wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność – zał. nr 5 JEŚLI DOTYCZY;
6. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. – zał. nr 6
7. Dokument, potwierdzający posiadanie aktualnego orzeczenia lekarskiego od lekarza medycyny pracy, stwierdzającego brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania. Badanie to Oferent przeprowadza na własny koszt – zał. nr 7.
8. Orzeczenie sanitarno - epidemiologiczne. Badanie to Oferent przeprowadza na własny koszt – zał. nr 8
9. Inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym w określonych zakresach kurs „Ochrona radiologiczna pacjenta” – zał. nr 7
10. Własnoręcznie podpisaną Informację o przetwarzaniu danych osobowych, stanowiącą Załącznik nr 4 do SWKO – zał. nr 9.
11. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z Szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta – zał. nr 10.

Warszawa, dnia
(podpis osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

