

Dane Udzielającego Zamówienia:

Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o.  
Adres: 02-781 Warszawa, ul. Rtm. Witolda Pileckiego 99  
REGON: 142628955 NIP: 525-24-91-419  
KRS: 0000368174  
Kapitał zakładowy: 28.226.000,00 zł  
Adres internetowy: [www.szpitalpoludniowy.pl](http://www.szpitalpoludniowy.pl)  
e-mail: kontrakty@szpitalpoludniowy.pl

### FORMULARZ OFERTOWY

Udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia w podziale na zakresy:

Zakres 1: Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Diabetologicznej.

Okres zawarcia umowy: od 01.02.2026 r. do 31.01.2028 r.

Zakres 2: Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Urologicznej.

Okres zawarcia umowy: od 01.02.2026 r. do 31.01.2028 r.

Zakres 3: Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii Ogólnej.

Okres zawarcia umowy: od 01.02.2026 r. do 31.01.2028 r.

Zakres 4: Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Położniczo - Ginekologicznej.

Okres zawarcia umowy: od 01.02.2026 r. do 31.01.2028 r.

Zakres 5: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.

Okres zawarcia umowy: od 01.02.2026 r. do 31.01.2027 r.

Zakres 6: Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Kardiologicznej.

Okres zawarcia umowy: od 01.02.2026 r. do 31.01.2027 r.

Zakres 7: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opisów badań holtera, w Poradni Kardiologicznej.

Okres zawarcia umowy: od 01.02.2026 r. do 31.01.2028 r.

Oferta w zakresie nr .....

Nazwa Oferenta.....

Adres siedziby Oferenta.....

Adres e-mail.....

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

PESEL.....Nr telefonu.....

NR RACHUNKU BANKOWEGO.....

**Oferuję następujące warunki cenowe brutto:**

Nazwa świadczenia zdrowotnego	Propozycja wynagrodzenia brutto
<p><u>Zakres 1: Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Diabetologicznej.</u> Okres zawarcia umowy: od 1.02.2026 r. do 31.01.2028 r.</p>	<p>1) _____ % sumy zakodowanych, rozliczonych i poprawnie sprawozdanych do NFZ w danym okresie rozliczeniowym świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykonywanej przez Przyjmującego Zamówienie w Poradni Diabetologicznej.</p> <p>Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p>
<p><u>Zakres 2: Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Urologicznej.</u> Okres zawarcia umowy: od 01.02.2026 r. do 31.01.2028 r.</p>	<p>1) _____ % sumy zakodowanych, rozliczonych i poprawnie sprawozdanych do NFZ w danym okresie rozliczeniowym świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykonywanej przez Przyjmującego Zamówienie w Poradni Urologicznej.</p> <p>Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p>
<p><u>Zakres 3: Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii Ogólnej.</u> Okres zawarcia umowy: od 01.02.2026 r. do 31.01.2028 r.</p>	<p>1) _____ % sumy zakodowanych, rozliczonych i poprawnie sprawozdanych do NFZ w danym okresie rozliczeniowym świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykonywanej przez Przyjmującego Zamówienie w Poradni Chirurgii Ogólnej.</p> <p>Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p>
<p><u>Zakres 4: Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Położniczo - Ginekologicznej.</u> Okres zawarcia umowy: od 01.02.2026 r. do 31.01.2028 r.</p>	<p>1) _____ % sumy zakodowanych, rozliczonych i poprawnie sprawozdanych do NFZ w danym okresie rozliczeniowym świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykonywanej przez Przyjmującego Zamówienie w Poradni Położniczo - Ginekologicznej.</p> <p>Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p>

<p><u>Zakres 5: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.</u> Okres zawarcia umowy: od 01.02.2026 r. do 31.01.2027 r.</p>	<p>1) _____ zł za każdą godzinę udzielania świadczeń w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.</p> <p>2) _____ zł za każdą wizytę domową w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.</p> <p>3) _____ zł za każdą konsultację pacjenta pod eskortą policji w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.</p> <p>Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p>
<p><u>Zakres 6: Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Kardiologicznej.</u> Okres zawarcia umowy: od 01.02.2026 r. do 31.01.2027 r.</p>	<p>1) _____ % sumy zakodowanych, rozliczonych i poprawnie sprawozdanych do NFZ w danym okresie rozliczeniowym świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykonywanej przez Przyjmującego Zamówienie w Poradni Kardiologicznej z wyłączeniem badań opisowych wykonywanych przez innego specjalistę opisującego (np. badanie holtera, echo serca itp.)</p> <p>Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p>
<p><u>Zakres 7: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opisów badań holtera, w Poradni Kardiologicznej.</u> Okres zawarcia umowy: od 01.02.2026 r. do 31.01.2028 r.</p>	<p>1) _____ zł za każdy opis badania holtera</p> <p>Deklarowana miesięczna liczba opisywanych badań: _____</p>

**Wykaz dołączonych do oferty dokumentów:**

*(dokumenty powinny mieć formę poświadczoną za zgodność z oryginałem kserokopii poświadczonych przez Oferenta zgodny z SWKO).*

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

**Oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert „SWKO” oraz przedmiocie konkursu 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 przeciwko niemu postępowanie przed Okręgowym Sądem Lekarskim zakończone ukaraniem;
4. Zapoznał się projektem umowy i nie wnoszę w stosunku do niej żadnych uwag, a w przypadku wyboru mojej oferty podpiszę umowę w ciągu 14 dni od daty rozstrzygnięcia postępowania konkursowego.
5. Dane w ofercie i oświadczeniach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym;
6. Oferent oświadcza, że zobowiązuje się dostarczyć w przypadku przyjęcia oferty (najpóźniej do dnia podpisania umowy o udzielenie zamówienia) zaświadczenia z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności oraz oświadczenia, zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (Dz.U.2023.1304 t.j.). W razie braku spełnienia obowiązku o jakim mowa w zdaniu pierwszym powyżej Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o. będzie uprawniony do odstąpienia od umowy o udzielenie zamówienia w terminie do dnia 01.01.2026 roku. W przypadku Zaświadczenia pobranego za pomocą systemu Krajowego Rejestru Karnego wymaga się dostarczenia wersji elektronicznej zapisanej w formie pliku na USB lub płycie CD;
7. Nie zalega w opłatach składek ZUS oraz w opłacie podatku w Urzędzie Skarbowym;
8. Posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty.
9. Zobowiązuje do przestrzegania praw pacjenta;
10. Gwarantuje ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty;
11. Zobowiązuje 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.
12. Zobowiązuje się do odbycia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym.

Warszawa, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pieczątką i podpis Oferenta