

Dane Zleceniodawcy:

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

e-mail: kontrakty@szpitalpoludniowy.pl

FORMULARZ OFERTOWY

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

Zakres 1: Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez diagnostę laboratoryjnego na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia w Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o.

Okres zawarcia umowy: od 01.04.2026 r. do 31.03.2028 r.

Zakres 2: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń ambulatoryjnych w Przychodni Przyszpitalnej w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o.

Okres zawarcia umowy: od 01.04.2026 r. do 31.03.2028 r.

Zakres 3: Udzielanie specjalistycznych lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o.

Okres zawarcia umowy: od 01.04.2026 r. do 31.03.2028 r.

Zakres 4: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o.

Okres zawarcia umowy: od 01.04.2026 r. do 31.03.2028 r.

Zakres 5: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (NPL).

Okres zawarcia umowy: od 01.04.2026 r. do 31.03.2028 r.

Zakres 6: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w gabinecie zabiegowym Poradni Kariologicznej.

Okres zawarcia umowy: od 01.04.2026 r. do 31.03.2028 r.

Zakres 7: Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów medycznych w Oddziale Ginekologii i Położnictwa.

Okres zawarcia umowy: od 01.04.2026 r. do 31.03.2028 r.

Zakres 8: Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej (NPL).

Okres zawarcia umowy: od 01.04.2026 r. do 31.03.2028 r.

Imię i Nazwisko

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

Adres zamieszkania;

1. kod pocztowy: miejscowość:
2. gmina: ulica:
3. nr domu: nr lokalu:
4. Adres do korespondencji:

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

<p><u>Zakres 2: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń ambulatoryjnych w Przychodni Przyszpitalnej w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o.</u> Okres zawarcia umowy: od 01.04.2026 r. do 31.03.2028 r.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń pielęgniarских w Przychodni Przyszpitalnej. 2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____
<p><u>Zakres 3: Udzielanie specjalistycznych lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o.</u> Okres zawarcia umowy: od 01.04.2026 r. do 31.03.2028 r.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) _____ zł brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń w Oddziale Ginekologiczno- Położniczym, w dni powszednie tj. od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 - 15:35; 2) _____ zł brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń w Oddziale Ginekologiczno- Położniczym, w dni powszednie tj. od poniedziałku do piątku w godzinach 15:35 – 8:00, oraz w weekendy i dni wolne od pracy w godzinach 8:00 - 8:00. 3) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____
<p><u>Zakres 4: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o.</u> Okres zawarcia umowy: od 01.04.2026 r. do 31.03.2028 r.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) _____ zł brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii do 108 godziny; 2) _____ zł brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii od 109 -tej godziny; 3) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____
<p><u>Zakres 5: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (NPL).</u> Okres zawarcia umowy: od 01.04.2026 r. do 31.03.2028 r.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń pielęgniarских w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej. 2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____
<p><u>Zakres 6: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w gabinecie zabiegowym Poradni Kariologicznej.</u> Okres zawarcia umowy: od 01.04.2026 r. do 31.03.2028 r.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń pielęgniarских w gabinecie zabiegowym Poradni Kariologicznej. 2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____

<p><u>Zakres 7: Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów medycznych w Oddziale Ginekologii i Położnictwa.</u> Okres zawarcia umowy: od 01.04.2026 r. do 31.03.2028 r.</p>	<p>1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń w Oddziale Ginekologii i Położnictwa;</p> <p>2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p>
<p><u>Zakres 8: Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej (NPL).</u> Okres zawarcia umowy: od 01.04.2026 r. do 31.03.2028 r.</p>	<p>1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń w ramach 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>4) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</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 tj.). 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. 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 Zleceniodawcy 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 _____

Pieczętka i podpis Oferenta