

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

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o. w podziale na zakresy:

Zakres 1: Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej,

Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 31.03.2028 r.

Zakres 2: Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej,

Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 31.05.2028 r.

Zakres 3: Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Patomorfologii, w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o., a w szczególności:

- 1) Diagnostyka histopatologiczna,
- 2) Diagnostyka cytologiczna,
- 3) Wykonywanie badań śródoperacyjnych,
- 4) Ocena preparatów immunohistochemicznych,
- 5) Wykonywanie i ocena biopsji aspiracyjnych cienkoigłowych,
- 6) Badania konsultacyjne,
- 7) Badania autopsyjne,
- 8) Pobieranie wycinków oraz opis makroskopowy badań,
- 9) Badania molekularne i genetyczne.

Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 31.05.2028 r.

Zakres 4: Udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych lekarskich świadczeń zdrowotnych, w tym zabiegów i operacji chirurgii ręki wykonywanych w Poradni Ortopedycznej, w ramach umowy z NFZ oraz świadczeń komercyjnych.

Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 31.05.2028 r.

Zakres 5: Udzielanie specjalistycznych lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach umowy z Ministerstwem Zdrowia oraz świadczeń komercyjnych w Poradni Andrologicznej Warszawskiego Centrum Leczenia Niepłodności, w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o.

Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 31.03.2028 r.

Zakres 6: Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez elektroradiologów w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej.

Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.11.2027 r.

Zakres 7: Udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez lekarza neurologa a w szczególności:

- 1) Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych pacjentom w Poradni Neurologicznej,
- 2) Udzielanie konsultacji neurologicznych pacjentom hospitalizowanym w Oddziałach Szpitala.

Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 31.05.2028 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 lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.</u></p> <p>Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 31.03.2028 r.</p>	<p>1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń w NPL.</p> <p>2) _____ zł za jedną wizytę domową w NPL.</p> <p>3) _____ zł za jedną konsultację pacjenta pod eskortą policji NPL.</p> <p>4) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p> <p><b>Miejsce udzielania świadczeń:</b></p> <p>a) Przychodnia Przychodnia ul. Solec 99 <input type="checkbox"/></p> <p>b) Przychodnia Przychodnia ul. Pileckiego 99 <input type="checkbox"/></p>
<p><u>Zakres 2: Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej.</u></p> <p>Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 31.03.2028 r.</p> <p><b>Miejsce udzielania świadczeń:</b> Przychodnia Przychodnia ul. Solec 99</p>	<p>1) _____ zł za jedną konsultację pacjenta w ramach POZ.</p> <p>2) _____ zł za jedną konsultację pacjenta pod eskortą policji w ramach POZ.</p> <p>3) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p>

<p><u>Zakres 3: Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Patomorfologii, w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o.</u></p> <p>Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 31.05.2028 r.</p>	<p>1) Za ocenę z postawieniem rozpoznania, napisaniem wyniku i kodowaniem. Stawka z jedno wykonane badanie;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) _____ zł badanie histopatologiczne,</li> <li>b) _____ zł wykonanie BAC,</li> <li>c) _____ zł badanie cytologiczne,</li> <li>d) _____ zł badanie śródoperacyjne (makro i mikroskopowe),</li> </ul> <p>2) Za jedno wykonane badanie;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) _____ zł badanie autopsyjne,</li> <li>b) _____ zł badanie konsultacyjne,</li> <li>c) _____ zł pobranie wycinka/bloku,</li> <li>d) _____ zł ocena odczynu immunohistochemicznego,</li> <li>e) _____ zł BAC bez oceny,</li> <li>f) _____ zł badanie molekularne,</li> <li>g) _____ zł badanie genetyczne,</li> <li>h) _____ zł cytologia płynna,</li> </ul> <p>3) Deklarowana miesięczna liczba badań: _____</p>
<p><u>Zakres 4: Udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych lekarskich świadczeń zdrowotnych, w tym zabiegów i operacji chirurgii ręki wykonywanych w Poradni Ortopedycznej, w ramach umowy z NFZ oraz świadczeń komercyjnych.</u></p> <p>Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 31.05.2028 r.</p>	<p>1) _____ % sumy zakodowanych, rozliczonych i poprawnie sprawozdanych i sfinansowanych przez NFZ w danym okresie rozliczeniowym świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wykonywanych przez Przyjmującego Zamówienie w Poradni Ortopedycznej.</p> <p>2) _____ % sumy zakodowanych, rozliczonych i poprawnie sprawozdanych i sfinansowanych przez NFZ w danym okresie rozliczeniowym świadczeń tj. zabiegów i operacji chirurgii ręki wykonywanych przez Przyjmującego Zamówienie w Poradni Ortopedycznej.</p> <p>3) _____ % sumy zapłaconej przez pacjenta zgodnie z cennikiem szpitala specjalistycznej komercyjnej konsultacji lekarskiej wykonanej w Poradni Ortopedycznej.</p> <p>4) _____ % sumy zapłaconej przez pacjenta zgodnie z cennikiem szpitala specjalistycznego komercyjnego zabiegu/operacji wykonanej w Poradni Ortopedycznej.</p> <p>5) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</p>

<p><u>Zakres 5: Udzielanie specjalistycznych lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach umowy z Ministerstwem Zdrowia oraz świadczeń komercyjnych w Poradni Andrologicznej Warszawskiego Centrum Leczenia Niepłodności, w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o.</u></p> <p>Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 31.03.2028 r.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) _____ % sumy zapłaconej przez pacjenta zgodnie z cennikiem szpitala specjalistycznej komercyjnej konsultacji lekarskiej wykonywanej w Poradni Andrologicznej.</li> <li>2) _____ % sumy zapłaconej przez pacjenta zgodnie z cennikiem szpitala specjalistycznej komercyjnej konsultacji lekarskiej wraz z badaniem USG wykonywanej w Poradni Andrologicznej.</li> <li>3) Deklarowana miesięczna liczba konsultacji: _____</li> </ol>
<p><u>Zakres 6: Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez elektroradiologów w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej.</u></p> <p>Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.11.2027 r.</p> <p><b>Miejsce udzielania świadczeń: Przychodnia Przystępna ul. Solec 99</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej do 95 godziny,</li> <li>2) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej od 96 godziny,</li> <li>3) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</li> </ol>
<p><u>Zakres 7: Udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez lekarza neurologa a w szczególności:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych pacjentom w Poradni Neurologicznej,</li> <li>2) Udzielanie konsultacji neurologicznych pacjentom w Oddziałach Szpitala.</li> </ol> <p>Okres zawarcia umowy: od 01.06.2026 r. do 30.11.2027 r.</p> <p><b>Miejsce udzielania świadczeń w ramach AOS - Przychodnia Przystępna ul. Solec 99</b></p> <p><b>Miejsce udzielania świadczeń w ramach konsultacji – Oddziały Szpitala ul. Pileckiego 99</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) _____ % sumy zakodowanych, rozliczonych i poprawnie sprawozdanych i sfinansowanych przez NFZ w danym okresie rozliczeniowym świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wykonywanej przez Przyjmującego Zamówienie w Poradni Neurologicznej.</li> <li>2) _____ zł za jedną rzeczywiście wykonaną konsultację neurologiczną w danym okresie rozliczeniowym w Oddziałach Szpitala.</li> <li>3) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____</li> <li>4) Deklarowana miesięczna liczba konsultacji: _____</li> </ol>

**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 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 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pieczętka i podpis Oferenta

