

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: 29.631.000,00 zł

Adres internetowy: www.szpitalpoludniowy.pl

e-mail: kontrakty@szpitalpoludniowy.pl

Konkurs ofert nr 32/2026

Umowy zlecenie

FORMULARZ OFERTOWY

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia w Warszawskim Szpitalu Południowym, w podziale na zakresy:

Zakres 1: Udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w szczególności pełnienie funkcji pielęgniarki koordynującej pracę pielęgniarek i opiekunów medycznych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Okres zawarcia umowy: od 01.08.2026 r. do 30.09.2027 r.

Zakres 2: Udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w szczególności pełnienie funkcji koordynatora pracy personelu pielęgniarskiego i ratowników medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

Okres zawarcia umowy: od 01.08.2026 r. do 30.09.2027 r.

Zakres 3: Udzielanie pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych w Poradni Przyszpitalnej, a w szczególności w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Długoterminowej Opieki Zdrowotnej oraz Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej.

Okres zawarcia umowy: od 01.08.2026 r. do 30.09.2027 r.

Zakres 4: Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

Okres zawarcia umowy: od 01.08.2026 r. do 30.09.2027 r.

Zakres 5: Udzielanie specjalistycznych lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Okres zawarcia umowy: od 01.08.2026 r. do 28.02.2029 r.

Zakres 6: Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań echokardiograficznych pacjentom hospitalizowanym w Warszawskim Szpitalu Południowym Sp. z o.o., a w szczególności w Oddziale Chorób wewnętrznych i Geriatrii.

Okres zawarcia umowy: od 01.08.2026 r. do 31.07.2028 r.

Zakres 7: Udzielanie pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Okres zawarcia umowy: od 01.08.2026 r. do 30.09.2027 r.

OFERTA w zakresie.....

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 orzeczony 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.
- 9) Oświadczam, że udzielane świadczenia wchodzą w zakres prowadzonej przeze mnie pozarolniczej działalności gospodarczej:
tak ☐ nie ☐

<u>Zakres 3: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Poradni Przychodni, a w szczególności w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Długoterminowej Opieki Zdrowotnej oraz AmbulATORYJNEJ Opieki Specjalistycznej.</u> Okres zawarcia umowy: od 01.08.2026 r. do 30.09.2027 r.	1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Przychodni Przychodni 2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____ 3) Udzielanie świadczeń w ramach: ☐ POZ ☐ DOZ ☐ AOS Miejsce udzielania świadczeń - Przychodnia Przychodnia ul. Solec
<u>Zakres 4: Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym</u> Okres zawarcia umowy: od 01.08.2026 r. do 30.09.2027 r.	1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń w SOR, 2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____
<u>Zakres 5: Udzielanie specjalistycznych lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.</u> Okres zawarcia umowy: od 01.08.2026 r. do 28.02.2029 r.	1) _____ zł brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. 2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____
<u>Zakres 6: Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań echokardiograficznych pacjentom hospitalizowanym w Warszawskim Szpitalu Południowym Sp. z o.o., a w szczególności w Oddziale Chorób wewnętrznych i Geriatrii.</u> Okres zawarcia umowy: od 01.08.2026 r. do 31.07.2028 r.	1) _____ zł brutto za jedno wykonane badanie echokardiograficzne wraz z opisem. 2) Deklarowana miesięczna liczba badań: _____
<u>Zakres 7: Udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.</u> Okres zawarcia umowy: od 01.08.2026 r. do 30.09.2027 r.	1) _____ zł za jedną godzinę udzielania świadczeń w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. 2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: _____

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. 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