

.....  
(pieczęć firmowa Oferenta)

**FORMULARZ OFERTY**

1. DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA:

1. Firma / Imię i Nazwisko .....
- .....
2. Siedziba / adres zamieszkania .....
3. Oznaczenie we właściwym rejestrze / nr wpisu do rejestru /OIL /  
.....
4. NIP .....
5. Regon .....
6. PESEL.....
7. tel. kontaktowy/fax (opcjonalnie - najszybszy sposób kontaktu).....  
.....
8. e-mail (opcjonalnie - najszybszy sposób kontaktu)  
.....

2. OKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM UMOWY:

- 1) Rodzaj świadczeń: Usługi obrazowania medycznego -wykonywane przez techników  
elektroradiologii wykonywanie badań TK , RTG
- 2) Zakres świadczeń:  
Zakres : udzielanie świadczeń zdrowotnych przez techników elektroradiologii – wykonywanie  
TK i RTG

3. OPIS KOMPETENCJI \*:

- a) Tytuł zawodowy .....
- b) Nr prawa wykonywania zawodu .....

c) Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem / certyfikatem lub innym dokumentem)

.....  
.....

d) Oferowana maksymalna liczba godzin udzielanych tygodniowo .....,  
miesięcznie.....

e) Doświadczenie zawodowe .....lat.

#### 4. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Świadczenia udzielane będą w lokalu Udzielającego zamówienia przy ul. Szpitalnej 1 i Zegadłowicza 3

#### 5. WARUNKI PŁATNOŚCI

Termin złożenia faktury/rachunku wraz z załącznikiem potwierdzonym przez przedstawiciela Udzielającego zamówienia upływa 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym udzielane były świadczenia. Jeżeli prawidłowo sporządzona faktura/rachunek wraz z załącznikiem za dany miesiąc zostanie przedłożony do Kancelarii Udzielającego zamówienie w terminie, wypłata należności nastąpi na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego Zamówienie do 30 dni od daty złożenia.

#### 6. TERMIN REALIZACJI

Na czas realizacji przez Udzielającego zamówienie świadczeń objętych zakresem niniejszej umowy w ramach kontraktu z NFZ i innych umowach.

Jeżeli w okresie obowiązywania niniejszej umowy z Udzielającym Zamówienie nie zostanie zawarty kolejny kontrakt lub kontrakty w zakresie objętym niniejszym postępowaniem konkursowym, umowa zawarta z wybranym Oferentem wygaśnie najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania kontraktu z NFZ.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć, podpis Oferenta)

\* w przypadku oferty składanej przez podmiot leczniczy zatrudniający personel medyczny, który będzie udzielał świadczeń w zakresie objętym postępowaniem konkursowym należy przedstawić dane w żądanym zakresie **odrębnie dla każdej z osób, które będą udzielać świadczeń**; dane, wraz z informacjami odnoszącymi się do tych osób, można przedstawić w zestawieniu tabelarycznym

\*\* niewłaściwe przekreślić

SooQ

### OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że:
  - 1) Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
  - 2) otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
  - 3) akceptuję projekt umowy.
2. **Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w złożonej Ofercie, przez Sosnowiecki Szpital Miejski sp. z o.o. w restrukturyzacji, 41-200 Sosnowiec, ul. Zegadłowicza 3 w okresie 30 dni od ostatniego dnia składania ofert wyznaczonego przez Udzielającego Zamówienie na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego.**
3. W przypadku, gdy będę związany stosunkiem pracy z Udzielającym zamówienia, a moja oferta zostanie wyłoniona w konkursie (w przypadku osobistego udzielania świadczeń) zobowiązuję się do rozwiązania umowy o pracę przed dniem zawarcia umowy o świadczenia zdrowotne i oświadczam, że do porozumienia stron przystąpię dobrowolnie i nie będę rościł jakichkolwiek pretensji, z tytułu rozwiązania umowy o pracę za porozumieniem stron.
4. Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w najbliższym możliwym czasie wskazanym przez Udzielającego Zamówienie na warunkach określonych w ofercie i wg wzoru przedstawionego przez Udzielającego zamówienie;
5. Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń medycznych, oświadczam, że:
  - 1) wszystkie umowy zawarte z Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą były i są realizowane przez Oferenta należycie,
  - 2) w ciągu ostatnich 5 lat, nie wnoszono wobec Oferenta skarg odnoszących się do realizacji umów z Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.
6. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli Śląskiego Wojewódzkiego Oddziału NFZ w zakresie sposobu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych objętych ofertą.
7. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu i w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienie.
8. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
9. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty, jakie Zamawiający zobowiązany będzie ponieść w związku z wykonaniem przedmiotowego zamówienia.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczętka, podpis Oferenta)

**Załącznik nr 3**

**do Szczegółowych warunków konkursu nr 01...../07/2024**

.....  
(nazwa przedsiębiorstwa/ nazwisko i imię – osoba fizyczna)

..... (miejsowość, data)

.....

.....  
(adres)

NIP .....

Regon .....

Pesel .....

.....  
( tel. kontaktowy)

**OŚWIADCZENIE UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ NA RZECZ  
SOSNOWIECKIEGO SZPITALA MIEJSKIEGO SP. Z O. O. W RESTRUKTURYZACJI**

Oświadczam, iż na dzień składania niniejszej informacji posiadam ważne prawo wykonywania zawodu, którego nie zostałem/am pozbawiony/a ani które nie zostało zawieszona, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych, mój stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu ....., nie byłem/am karany/a za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej mogące skutkować zawieszeniem prawa wykonywania zawodu ani ograniczeniem w wykonywaniu określonych czynności.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego pisemnego powiadomienia o zmianach powyższego statusu.

Jestem świadomy o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
(czytelny podpis osoby upoważnionej)



Załącznik nr 4 do Szczegółowych warunków konkursu nr 011/07/2024

FORMULARZ CENOWY

Zakres: Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu radiologii przez techników elektroradiologii- godziny

Świadczenia	Szacunkowa ilość godzin do zabezpieczenia miesięcznie	Proponowana przez Oferenta ilość godzin do zabezpieczenia miesięcznie	Cena jedn. brutto zł/godz.
I	2		5
Zakres : wykonywanie przez technika elektroradiologii badań TK i RTG.	160	.....	.....zł/godz

.....dnia.....

.....

( podpis i pieczęć Oferenta)



Sosnowiec, dn. ....

## Oświadczenie

Oświadczam, że zobowiązuję się do posiadania umowy polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w paragrafach poprzedzających na kwotę

.....<sup>1</sup>  
( wpisać kwotę dotyczącą zakresu na który składana jest oferta)

- 1) Obowiązek ubezpieczenia powstanie najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień podpisania umowy.
- 2) Okażę przy podpisywaniu umowy polisę ubezpieczeniową oraz dostarczę jej kserokopię.

.....  
( podpis i pieczęć Oferenta)

---

<sup>1</sup>W przypadku podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, z dnia 29 kwietnia 2019 r. (Dz.U. 2019 poz. 866)



