Załącznik nr 1 do „Szczegółowych warunków konkursu ofert" na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Łódź, dnia..... 2026 r.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta
Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Kopcińskiego 22, 91-153 Łódź

O F E R T A

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy na okres 3 lat w rodzaju kod CPV 85111200-2 Medyczne usługi szpitalne, w zakresie: całodobowej opieki lekarskiej w dni powszednie i świąteczne w Pododdziale Chorób Wewnętrznych wraz z konsultacjami w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Imię ……

Nazwisko ……..

PESEL ……

Zawód ……..

Nr prawa wykonywania zawodu ……

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji) ……

Nr dokumentu specjalizacji ……

Firma przedsiębiorcy ……

Numer księgi rejestrowej ……..

NIP ……REGON…… Telefon ……

Adres indywidualnej praktyki lekarskiej ……...

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki) ……...

……...

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy na okres 3 lat w rodzaju w kod CPV 85111200-2 Medyczne usługi szpitalne, w zakresie całodobowej opieki lekarskiej w dni powszednie i świąteczne w **Pododdziale Chorób Wewnętrznych wraz z konsultacjami w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi** w siedzibie Udzielającego Zamówienia zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

Oferent proponuje następujące warunki wynagrodzenia:

- Stawka …….. zł brutto (słownie: ……..) za 1 godzinę udzielania świadczeń w dni powszednie,

- Stawka …….. zł brutto (słownie: ……..) za 1 godzinę udzielania świadczeń w święta, dni wolne od pracy oraz soboty i niedziele
- Stawka ……..zł brutto (słownie: ……..) za 1 konsultację internistyczną na Oddziale Klinicznym Neurologii,
- Stawka ……..zł brutto (słownie: ……..) za 1 konsultację kardiologiczną lub wykonanie echo serca lub Holtera lub EKG lub Holtera ciśnieniowego
- Stawka ……..zł brutto (słownie:……..) dodatku za pełnienie dodatkowych obowiązków polegających na funkcji starszego lekarza dyżuru podczas 24 godzinnego dyżuru.

Uwaga: *Oferent wypełnia tylko te punkty, na które zakresy składa ofertę. Niewpisanie stawki w danym punkcie będzie uznane jako niezłożenie oferty przez oferenta w tym zakresie.*

……..
Podpis Oferenta

Załącznik Nr 1 do OFERTY

ZAŁĄCZNIKI – odpowiednio dla OFERENTA**:

Oryginały lub poświadczone kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu, w szczególności:

1. Prawo wykonywania zawodu,
2. Dyplom ……,
3. Kopie dokumentów dotyczących specjalizacji, kursów, szkoleń,
4. Kopie dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje, inne posiadane dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności.
5. Oświadczenie oferenta o obowiązku przedłożenia zaświadczenia o niekaralności z KRK przed podpisaniem umowy
6. Aktualne orzeczenie lekarskie wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania czynności, będących przedmiotem niniejszego postępowania.

Oryginały lub poświadczone kopie dokumentów określających status prawny oferenta, w szczególności:

1. Zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych/grupowych specjalistycznych praktyk,
2. Zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
3. Zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
4. Zaświadczenie o wpisie do KRS,
5. Kopię polisy OC,
6. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert", o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta.

**- skreślić jeżeli nie dotyczy.

……..
Podpis Oferenta

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

- Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert" i nie wnosi do nich zastrzeżeń.
- Zapoznał się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 2 do „Szczegółowych warunków konkursu ofert" i akceptuje je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuje się w przypadku wyboru jego oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia. W przypadku uchylania się od podpisania przez wybranego Oferenta umowy, w terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia, może to stanowić podstawę do wykluczenia od udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego zamówienie.
- Uważa się związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
- Zapoznał się z Regulaminem Przeprowadzania Konkursu obowiązującym u Udzielającego Zamówienie.
- Świadczenia zdrowotne objęte konkursem wykonywać będzie w siedzibie Udzielającego Zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego Zamówienia.
- Prowadzi Indywidualną Praktykę zarejestrowaną w rejestrze indywidualnych praktyk zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.
- Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
- Zgodnie z jego wiedzą nie zostało wszczęte ani nie toczy się przeciwko niemu w krajach Unii Europejskiej oraz państwach trzecich postępowanie o pozbawienie prawa do wykonywania zawodu ani nie został on w żadnym kraju Unii Europejskiej oraz państwach trzecich pozbawiony prawa do wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu lub ostateczną decyzją właściwych organów.
- Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości …….. zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 866) i/lub Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 293, poz. 1728). Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość …… na dzień podpisania umowy.

……..
Podpis Oferenta