

....., dnia.....

.....  
.....  
nazwa Oferenta i pieczęć firmowa z adresem**OFERTA KONKURSOWA – PRAKTYKA INDYW.**

W konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w czasie podstawowej ordynacji oraz/lub po jej  
zakończeniu w .....

(nazwa komórki organizacyjnej)

Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu w wymiarze odpowiadającym przeciętnie ..... godzin miesięcznie (podstawowa ordynacja w dniach roboczych od poniedziałku do piątku) oraz na dyżurach :

- średniomiesięczna ilość dyżurów 16 godzinnych .....
- średniomiesięczna ilość dyżurów 24 godzinnych .....

## I. Dane o ofercie :

Podmiot wykonujący działalność leczniczą .....

Adres/Siedziba podmiotu .....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Osoba upoważniona do reprezentowania oferenta:

Telefon .....

e-mail .....

II. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się i akceptuję treść ogłoszenia, warunki konkursu ofert oraz projekt umowy oraz zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych na warunkach w nich określonych.

III. Jednocześnie wyrażam zgodę na przyjęcie przez Udzielającego zamówienia niniejszej oferty ze zmniejszoną ilością godzin uzależnioną od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia. Takie przyjęcie oferty nie będzie miało wpływu na określoną cenę za 1 godzinę dyżuru lub podstawowej ordynacji.

IV. Propozycja warunków cenowych za udzielanie świadczeń zdrowotnych:

Rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych	Cennik udzielanych świadczeń	Podstawa naliczenia wynagrodzenia
podstawowa ordynacja oddziału w dniach roboczych w godz. 7-15	..... zł.	godzina
podstawowa ordynacja kierownika oddziału w dniach roboczych w godz. 7-15	..... zł.	godzina
dyżur gotowości	..... zł.	godzina
dyżur medyczny w dniu powszednim od poniedziałku do piątku	..... zł.	godzina
dyżur medyczny w soboty, niedziele i święta	..... zł.	godzina
ambulatoryjna porada specjalistyczna w poradni .....	..... zł	rozliczony przez NFZ punkt porady specjalistycznej (ilość)
p.o. lekarza koordynującego pracę w szpitalu poza czasem podstawowej ordynacji	..... zł.	dyżur
świadczenia medyczne wymienione w załączniku nr 2a do umowy, zgodnie z kodami i nazwami sprawozdawanymi do NFZ lub kodami ICD-9 – wykonywane poza lokalizacją oddziału	.....%	wartość rozliczonej przez NFZ procedury
świadczenia medyczne wymienione w załączniku nr 2b do umowy, zgodnie z kodami i nazwami	..... zł.	rozliczona przez NFZ procedura (ilość)

sprawozdawanymi do NFZ lub kodami ICD-9 – wykonywane poza lokalizacją oddziału		
---	--	--

- V. Proponowany czas trwania umowy : od 01.02.2022 r. do 31.03.2023 r. ....
- VI. Oświadczam, że załączona/zgromadzona do aktualnej umowy\*\* dokumentacja odpowiada wymaganiom zawartym w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.
- VII. Oświadczam, że zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia OC na oferowane świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń zgodnie z postanowieniami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019, poz. 866), najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień zawarcia umowy na świadczenie usług będących przedmiotem konkursu.
- VIII. Oświadczam, że najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień zawarcia umowy na świadczenie usług będących przedmiotem konkursu, rozwiążę umowę o pracę zawartą z Wojewódzkim Szpitalem im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu.

.....  
(Data)

.....  
(Podpis oferenta)

\* niepotrzebne skreślić

\*\* niepotrzebne skreślić (dotyczy indywidualnych praktyk aktualnie realizujących udzielanie świadczeń)

....., dnia.....

.....  
.....  
nazwa Oferenta i pieczęć firmowa z adresem

### OFERTA KONKURSOWA - NZOZ

W konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w czasie podstawowej ordynacji oraz/lub po jej  
zakończeniu w .....

(nazwa komórki organizacyjnej)

Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu

#### I. Dane o ofercie :

Podmiot leczniczy .....

Adres/Siedziba podmiotu leczniczego .....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, Okręgowej Izby Lekarskiej\*

.....  
Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego, ewidencji działalności gospodarczej\*

.....  
Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta:

.....  
Telefon .....

Fax .....

II. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się i akceptuję treść ogłoszenia, warunki konkursu ofert oraz projekt umowy oraz zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych na warunkach w nich określonych.

III. Propozycje cenowe za udzielanie świadczeń zdrowotnych zawierają dodatkowe formularze ofertowe.

IV. Proponowany czas trwania umowy : od 01.02.2022 r. do 31.03.2023 r. ....

V. Oświadczam, że załączona/zgromadzona do aktualnej umowy\*\* dokumentacja odpowiada wymaganiom zawartym w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.

VI. Oświadczam, że zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia OC na oferowane świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń zgodnie z postanowieniami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2019, poz. 866), najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień zawarcia umowy na świadczenie usług będących przedmiotem konkursu.

.....  
(Data)

.....  
(Podpis oferenta)

\* niepotrzebne skreślić

\*\* niepotrzebne skreślić (dotyczy podmiotu leczniczego aktualnie realizującego udzielanie świadczeń)

....., dnia.....

.....  
nazwa podwykonawcy i pieczęć firmowa z adresem

**Dodatkowy formularz ofertowy**  
(załącznik do OFERTY KONKURSOWEJ - NZOZ)

W konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w czasie podstawowej ordynacji oraz/lub po

jej zakończeniu w .....

(nazwa komórki organizacyjnej)

Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu w wymiarze odpowiadającym przeciętnie ..... godzin miesięcznie (podstawowa ordynacja w dniach roboczych od poniedziałku do piątku) oraz na dyżurach:

- średniomiesięczna ilość dyżurów 16 godzinnych .....
- średniomiesięczna ilość dyżurów 24 godzinnych .....

I. Dane o podwykonawcy :

Podmiot wykonujący działalność leczniczą .....

Adres/Siedziba podmiotu .....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, Okręgowej Izby Lekarskiej\*

Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej\* .....

Telefon .....

Fax .....

II. Propozycja warunków cenowych za udzielanie świadczeń zdrowotnych:

Rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych	Cennik udzielanych świadczeń	Podstawa naliczenia wynagrodzenia
podstawowa ordynacja oddziału w dniach roboczych w godz. 7-15	..... zł.	godzina
podstawowa ordynacja kierownika oddziału w dniach roboczych w godz. 7-15	..... zł.	godzina
dyżur gotowości	..... zł.	godzina
dyżur medyczny w dniu powszednim od poniedziałku do piątku	..... zł.	godzina
dyżur medyczny w soboty, niedziele i święta	..... zł.	godzina
ambulatoryjna porada specjalistyczna w poradni	..... zł	rozliczony przez NFZ punkt porady specjalistycznej (ilość)
p.o. lekarza koordynującego pracę w szpitalu poza czasem podstawowej ordynacji	..... zł.	dyżur
świadczenia medyczne wymienione w załączniku nr 2a do umowy, zgodnie z kodami i nazwami sprawozdawanymi do NFZ lub kodami ICD-9 – wykonywane poza lokalizacją oddziału	.....%	wartość rozliczonej przez NFZ procedury
świadczenia medyczne wymienione w załączniku nr 2b do umowy, zgodnie z kodami i nazwami sprawozdawanymi do NFZ lub kodami ICD-9 – wykonywane poza lokalizacją oddziału	..... zł.	rozliczona przez NFZ procedura (ilość)

III. Jednocześnie wyrażam zgodę na przyjęcie przez Udzielającego zamówienia niniejszej oferty ze zmniejszoną ilością godzin uzależnioną od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia. Takie przyjęcie oferty nie będzie miało wpływu na określoną cenę za 1 godzinę dyżuru lub podstawowej ordynacji.

IV. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się i akceptuję treść ogłoszenia, warunki konkursu ofert oraz projekt umowy oraz zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych na warunkach w nich określonych.

IV. Proponowany czas trwania umowy : od 01.02.2022 r. do 31.03.2023 r.....

.....  
(Data)

.....  
(Podpis podwykonawcy)

\* niepotrzebne skreślić

....., dnia.....

.....  
.....  
nazwa Oferenta i pieczęć firmowa z adresem

### OFERTA KONKURSOWA NIŚOZ - PRAKTYKA INDYW.

W konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie dyżurów lekarskich w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu.

Proponuję dostępność na dyżurach:

- średniomiesięczna ilość godzin dyżurów .....

I. Dane o ofercie :

Podmiot wykonujący działalność leczniczą .....

Specjalizacja, tytuł naukowy .....

Adres.....

Nr wpisu do właściwego rejestru indywidualnych praktyk lekarskich i oznaczenie organu dokonującego wpisu .....

II. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się i akceptuję treść ogłoszenia, warunki konkursu ofert oraz projekt umowy oraz zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych na warunkach w nich określonych.

III. Jednocześnie wyrażam zgodę na przyjęcie przez Udzielającego zamówienia niniejszej oferty ze zmniejszoną ilością dyżurów uzależnioną od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia. Takie przyjęcie oferty nie będzie miało wpływu na określoną cenę za 1 godzinę dyżuru.

IV. Określenie kosztów udzielania świadczeń .

Oferuję cenę udzielanych świadczeń zdrowotnych za 1 godzinę dyżuru w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej w kwocie :

Rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych	Cennik udzielanych świadczeń	Podstawa naliczenia wynagrodzenia
wykonywanie świadczeń w dni robocze od poniedziałku do piątku	..... zł.	godzina
wykonywanie świadczeń w soboty i niedziele	..... zł.	godzina
wykonywanie świadczeń w godzinach 7.00-19.00 w następujących dniach: 1.01, 6.01, Wielka Sobota, Niedziela i Poniedziałek Wielkanocny, 1.05, 3.05, Boże Ciało, 15.08, 1.11, 11.11, 24.12, 25.12, 26.12 i 31.12.	..... zł	godzina
wykonywanie świadczeń w godzinach 19.00-7.00 w następujących dniach: 1.01, 6.01, Wielka Sobota, Niedziela i Poniedziałek Wielkanocny, 1.05, 3.05, Boże Ciało, 15.08, 1.11, 11.11, 24.12, 25.12, 26.12 i 31.12.	..... zł.	godzina
stwierdzenie zgonu prokuratorskiego	..... zł.	zgon (ilość)

V. Proponowany czas trwania umowy : od 01.02.2022 r. do 31.03.2023 r. ....

VI. Oświadczam, że załączona/zgromadzona do aktualnej umowy\* dokumentacja odpowiada wymogom zawartym w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.

VII. Oświadczam, że zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia OC na oferowane świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń zgodnie z postanowieniami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019, poz. 866), najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień zawarcia umowy na świadczenie usług będących przedmiotem konkursu.

.....  
(Data)

.....  
(Podpis oferenta)

\* niepotrzebne skreślić (dotyczy indywidualnych praktyk aktualnie realizujących udzielanie świadczeń)

....., dnia.....

.....  
.....  
nazwa Oferenta i pieczęć firmowa z adresem

### **OFERTA KONKURSOWA NIŚOZ - NZOZ.**

W konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie dyżurów lekarskich w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu.

Proponuję dostępność na dyżurach:

- średniomiesięczna ilość godzin dyżurów .....

I. Dane o ofercie :

Nazwa podmiotu leczniczego .....

Adres.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, Okręgowej Izby Lekarskiej\*

.....  
Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego, ewidencji działalności gospodarczej\*

.....  
Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta:

..... Telefon

..... Fax .....

II. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się i akceptuję treść ogłoszenia, warunki konkursu ofert oraz projekt umowy oraz zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych na warunkach w nich określonych.

III. Propozycje cenowe za udzielanie świadczeń zdrowotnych zawiera dodatkowy formularz ofertowy.

IV. Proponowany czas trwania umowy : od 01.02.2022 r. do 31.03.2023 r. ....

V. Oświadczam, że załączona/zgromadzona do aktualnej umowy\* dokumentacja odpowiada wymaganiom zawartym w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.

VII. Oświadczam, że zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia OC na oferowane świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń zgodnie z postanowieniami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2019, poz. 866), najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień zawarcia umowy na świadczenie usług będących przedmiotem konkursu.

.....  
(Data)

.....  
(Podpis oferenta)

\* niepotrzebne skreślić (dotyczy podmiotu leczniczego aktualnie realizującego udzielanie świadczeń)

....., dnia.....

.....  
.....  
nazwa podwykonawcy i pieczęć firmowa z adresem

**Dodatkowy formularz ofertowy**  
(załącznik do OFERTY KONKURSOWEJ NIŚOZ – NZOZ)

W konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie dyżurów lekarskich w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu.

Proponuję dostępność na dyżurach:

- średniomiesięczna ilość dyżurów 24 godzinnych .....

I. Dane o podwykonawcy :

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą .....

Adres/Siedziba podmiotu .....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, Okręgowej Izby Lekarskiej\*

Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej\* .....

Telefon .....

Fax .....

II. Określenie kosztów udzielania świadczeń .

Oferuję cenę udzielanych świadczeń zdrowotnych za 1 godzinę dyżuru w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej w kwocie :

Rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych	Cennik udzielanych świadczeń	Podstawa naliczenia wynagrodzenia
wykonywanie świadczeń w dni robocze od poniedziałku do piątku	..... zł.	godzina
wykonywanie świadczeń w soboty i niedziele	..... zł.	godzina
wykonywanie świadczeń w godzinach 7.00-19.00 w następujących dniach: 1.01, 6.01, Wielka Sobota, Niedziela i Poniedziałek Wielkanocny, 1.05, 3.05, Boże Ciało, 15.08, 1.11, 11.11, 24.12, 25.12, 26.12 i 31.12.	..... zł	godzina
wykonywanie świadczeń w godzinach 19.00-7.00 w następujących dniach: 1.01, 6.01, Wielka Sobota, Niedziela i Poniedziałek Wielkanocny, 1.05, 3.05, Boże Ciało, 15.08, 1.11, 11.11, 24.12, 25.12, 26.12 i 31.12.	..... zł.	godzina
stwierdzenie zgonu prokuratorskiego	..... zł.	zgon (ilość)

III. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się i akceptuję treść ogłoszenia, warunki konkursu ofert oraz projekt umowy oraz zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych na warunkach w nich określonych.

IV. Jednocześnie wyrażam zgodę na przyjęcie przez Udzielającego zamówienia niniejszej oferty ze zmniejszoną ilością dyżurów uzależnioną od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia. Takie przyjęcie oferty nie będzie miało wpływu na określoną cenę za 1 godzinę dyżuru.

V. Proponowany czas trwania umowy : od 01.02.2022 r. do 31.03.2023 r. ....

.....  
(Data)

.....  
(Podpis podwykonawcy)

\* niepotrzebne skreślić

....., dnia.....

.....

.....

nazwa Oferenta i pieczęć firmowa z adresem

## OFERTA KONKURSOWA – PRAKTYKA INDYW. W PRACOWNI DIAGNOSTYKI ENDOSKOPOWEJ

W konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w pracowni diagnostyki endoskopowej i poradni gastroenterologicznej  
(nazwa komórki organizacyjnej)

Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu w wymiarze odpowiadającym przeciętnie ..... godzin miesięcznie (w dniach roboczych od poniedziałku do piątku)

### II. Dane o ofercie :

Podmiot wykonujący działalność leczniczą .....

Adres/Siedziba podmiotu .....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

.....

Osoba upoważniona do reprezentowania oferenta:

.....

Telefon .....

e-mail .....

II. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się i akceptuję treść ogłoszenia, warunki konkursu ofert oraz projekt umowy oraz zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych na warunkach w nich określonych.

III. Jednocześnie wyrażam zgodę na przyjęcie przez Udzielającego zamówienia niniejszej oferty ze zmniejszoną ilością godzin uzależnioną od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia. Takie przyjęcie oferty nie będzie miało wpływu na określoną cenę za badanie lub poradę.

IV. Propozycja warunków cenowych za udzielanie świadczeń zdrowotnych:

Rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych*	Cennik	Wymiar świadczeń
Gastroskopia	..... zł.	badanie
Kolonoskopia	..... zł.	badanie
Kolonoskopia z polipektomią jelita grubego	..... zł.	badanie
ambulatoryjna porada specjalistyczna w poradni gastroenterologicznej	..... % wartości pkt-u	pkt. rozliczonej porady

V. Proponowany czas trwania umowy : od 01.02.2022 r. do 31.03.2023 r. ....

VI. Oświadczam, że załączona/zgromadzona do aktualnej umowy\*\* dokumentacja odpowiada wymaganiom zawartym w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.

VII. Oświadczam, że zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia OC na oferowane świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń zgodnie z postanowieniami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019, poz. 866), najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień zawarcia umowy na świadczenie usług będących przedmiotem konkursu.

VIII. Oświadczam, że najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień zawarcia umowy na świadczenie usług będących przedmiotem konkursu, rozwiążę umowę o pracę zawartą z Wojewódzkim Szpitalem im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu.

.....  
(Data)

.....  
(Podpis oferenta)

\* niepotrzebne skreślić

\*\* niepotrzebne skreślić (dotyczy indywidualnych praktyk aktualnie realizujących udzielanie świadczeń)