

**Miejsce składania ofert:**  
**Wojskowy Instytut Medyczny**  
**Państwowy Instytut Badawczy**  
**ul. Szaserów 128**  
**04-141 Warszawa**

## O F E R T A

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie  
anestezjologia i intensywne terapię w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii -  
Szpital w Legionowie**

Imię.....  
Nazwisko.....  
PESEL.....  
Nr prawa wykonywania zawodu lekarza .....  
Nr dyplomu lekarza.....  
NIP.....REGON.....  
Pełna nazwa praktyki lekarskiej .....  
.....  
Adres indywidualnej praktyki lekarskiej.....  
.....  
Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki).....  
.....  
Adres e-mail do kontaktu w sprawie postępowania konkursowego .....  
Jako służbowy kanał informacyjny wskazuję nr telefonu komórkowego .....  
Nr rachunku bankowego .....  
Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) ważne od: ..... do: .....  
Zaświadczenie lekarskie ważne od: ..... do: ..... \*1  
Szkolenie w zakresie BHP ważne od: ..... do: ..... \*2  
Szkolenie w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta (jeśli dotyczy) ważne od: .....  
do: .....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych 3 lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie anestezjologia i intensywne terapię w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – Szpital w Legionowie, ul. Zegrzyńska 8, 05-119 Legionowo na zasadach określonych w projekcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem.

<sup>1</sup> \* Jeśli w dokumencie nie jest określona data obowiązywania „do” należy przyjąć maksymalnie 3 lata od daty obowiązywania „od”.

<sup>2</sup> \* Jeśli w dokumencie nie jest określona data obowiązywania „do” należy przyjąć maksymalnie 5 lat od daty obowiązywania „od”.

**Oferent oświadcza, iż:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem udzielać będzie w Wojskowym Instytucie Medycznym - Państwowym Instytucie Badawczym w Legionowie.
3. Posiada dyplom lekarza.
4. Posiada prawo wykonywania zawodu lekarza.
5. Posiada specjalizację w dziedzinie anestezjologia i intensywna terapia.
6. Posiada aktualne zaświadczenie o ukończonym szkoleniu w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta.
7. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) w zakresie określonym w przepisach ustawy o działalności leczniczej.
8. Posiada ważne orzeczenie/zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku objętym niniejszym konkursem.
9. Posiada aktualne zaświadczenia o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie BHP wymaganego dla swojej grupy zawodowej, której charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
10. Na dzień obowiązywania niniejszej umowy nie posiada zawartej umowy o pracę z Wojskowym Instytutem Medycznym - Państwowym Instytutem Badawczym.
11. Nie zalega w opłacaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, nie są one rozłożone na raty, nie jest zwolniony z ich uiszczania.
12. Nie zalega w opłacaniu podatków, nie są one rozłożone na raty, nie jest zwolniony z ich uiszczania.
13. Nie został prawomocnie skazany za co najmniej jedno z następujących przestępstw: przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu; przestępstwo przekupstwa; przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowej; przestępstwo skarbowego albo mające na celu popełnienie przestępstwa skarbowego.
14. Nie toczy się przeciwko niemu postępowanie karne w związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa, mającego związek z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych.
15. Inne dokumenty potwierdzające doświadczenie i wykształcenie.
16. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie, **należy zaznaczyć wybrany wariant** <sup>3</sup>:

**Wariant 1**

- stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych - ..... zł

minimalna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych - ..... **h/miesięcznie** (zgodnie z SWKO oferta zostanie uznana za nieważną jeżeli zostanie złożona na mniejszą niż 24 liczbę godzin)

---

<sup>3</sup> Oferent może złożyć ofertę tylko na jeden wariant. Zaznaczenie obu wariantów, lub brak zaznaczenia jednego powoduje nieważność oferty

maksymalna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych - ..... **h/miesięcznie** (zgodnie z SWKO oferta zostanie uznana za nieważną jeżeli zostanie złożona na większą niż 240 liczbę godzin)

Jako termin rozpoczęcia udzielania świadczeń wskazuję: .....  
(nie wcześniej niż + 7 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu) (proszę wpisać datę)

**Wariant 2**

**udzielanie świadczeń w Oddziale Intensywnej Terapii całodobowo + Poradnia Anestezjologiczna + Pracownia Endoskopii + dyżur medyczny + sobota, niedziela i święta:**

- stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń - ..... zł/h

**udzielanie świadczeń w godz. 8:00 - 15:00 na Blokach Operacyjnych wg stawki:**

- stawka za jedną godzinę (czas ten jest definiowany jako czas pacjenta na bloku operacyjnym parametr „NaSali” zgodnie z systemem EKZ) - ..... zł \*

*\* **początek** definiowany jest wg EKZ – godzina wjazdu pacjenta na salę operacyjną – przycisk/znacznik „pacjent na sali”, **koniec** definiowany jest wg EKZ – godzina opuszczenia przez pacjenta Sali operacyjnej – przycisk/znacznik „pacjent poza salą operacyjną”.*

- stawka za jedną godzinę innych czynności nie wymienionych powyżej - ..... zł

minimalna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych - ..... **h/miesięcznie** (zgodnie z SWKO oferta zostanie uznana za nieważną jeżeli zostanie złożona na mniejszą niż 24 liczbę godzin)

maksymalna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych - ..... **h/miesięcznie** (zgodnie z SWKO oferta zostanie uznana za nieważną jeżeli zostanie złożona na większą niż 240 liczbę godzin)

Jako termin rozpoczęcia udzielania świadczeń wskazuję: .....  
(nie wcześniej niż + 7 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu) (proszę wpisać datę)

.....  
(miejsce i data)

.....  
(czytelny podpis)

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. aktualny wydruk z CEIDG;
2. kserokopia dyplomu lekarza;
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza;
4. kserokopia dyplomu specjalizacji w dziedzinie anestezjologia i intensywna terapia;
5. kserokopia aktualnego zaświadczenia o ukończonym szkoleniu w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta.
6. kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r., poz. 799 z późn. zm.);

7. kserokopia ważnego orzeczenia/zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku objętym niniejszym konkursem;
8. kserokopia aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie BHP wymaganego dla swojej grupy zawodowej, której charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
9. dodatkowe dokumenty potwierdzające doświadczenie i wykształcenie;
10. podpisany Formularz Ofertowy (wypełniony pismem drukowanym lub na komputerze);
11. parafowany Wzór Umowy.

**SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:**

1. strony ponumerowane i ułożone zgodnie z „ZAŁĄCZNIKIEM DO OFERTY” lub z zapisami części III pkt.1 SWKO;
2. dokumenty złożone w formie oryginału lub datowanej kserokopii poświadczenia *za zgodność z oryginałem*.