

Zabrze, dnia

.....
(nazwa)

.....
(adres)

.....
(NIP)

.....
(REGON)

.....
(telefon)

Oferta zawarcia umowy
o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu oraz ogłoszenia o konkursie ofert.
2. Działając jako podmiot wykonujący działalność leczniczą pod nazwą z siedzibą w, posiadając wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem przedstawiam ofertę zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie
3. Usługi medyczne będące przedmiotem niniejszego konkursu będą przeze mnie wykonywane wyłącznie w siedzibie ŚCCS w Zabrze.
4. Usługi zdrowotne będę wykonywał osobiście/będzie wykonywał w moim imieniu* posiadając następujące kwalifikacje:
.....
.....
5. Za świadczone przeze mnie usługi zdrowotne proponuję należności zgodnie z PAKIETEM nr oraz Załącznikiem do oferty.

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

*Niepotrzebne skreślić

KONTRAKT 2026

Wynagrodzenie z zakresu Anestezjologii i intensywnej terapii:

Wynagrodzenie godzinowe

- a) stawka za 1 godzinę usługi w godzinach ordynacji oddziału –.....,- zł
- b) stawka za 1 godzinę usługi poza godzinami ordynacji oddziału:, - zł
- świadczącego w danym dniu usługi na Bloku Operacyjnym, w Pracowni Hemodynamiki i Radiologii Zabiegowej i Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii
 - wykazanego w harmonogramie pracy jako świadczącego usługi poza godzinami ordynacji oddziału (dyżury)
- c) stawka za 1 godzinę znieczulenia dzieci w godzinach ordynacji i poza ordynacją oddziału –.....,- zł
- d) stawka za 1 godzinę wszczętej procedury zakończonej wszczepieniem ECMO na podstawie zlecenia wyjazdu pacjentowi przebywającemu w innym szpitalu:
- w godzinach ordynacji oddziału –.....,- zł
 - poza godzinami ordynacji oddziału –.....,- zł

Stawki określone wyżej nie sumują się.

W przypadku wezwania do przeszczepu płatności dokonywane są wg stawki zgodnie z punktem b) wynagrodzenia godzinowego oraz pkt 1 wynagrodzenia zadaniowego

Wynagrodzenie zadaniowe

1) Udział w zespole przeszczepiającym:

- a) serce -,- zł
- b) płuco, płuco i serce -,- zł

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

KONTRAKT 2026

Wynagrodzenie wynikające z pracy na Oddziale Anestezjologii i intensywnej terapii:

Wynagrodzenie godzinowe

a) stawka za 1 godzinę usługi w godzinach ordynacji oddziału –.....,- zł

b) stawka za 1 godzinę usługi poza godzinami ordynacji oddziału:, - zł

- świadczącego w danym dniu usługi na Bloku Operacyjnym, w Pracowni Hemodynamiki i Radiologii Zabiegowej i Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- wykazanego w harmonogramie pracy jako świadczącego usługi poza godzinami ordynacji oddziału (dyżury)

Stawki określone wyżej nie sumują się.

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

Zabrze, dnia

.....
(Nazwisko i imię Oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że w związku ze złożoną ofertą oddaję do dyspozycji Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu minimum, maksimum godzin*

**** w oferowanym wymiarze godzin wlicza się godziny dyżurów medycznych w rozumieniu wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia.***

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

Zabrze, dnia

.....
(Nazwisko i imię Oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że spełniam wymagania określone w pkt. III ust. 6 „Regulaminu konkursu ofert o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarzy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii” zgodnie z PAKIETEM nr

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

Zabrze, dnia

.....
(Nazwisko i imię Oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że na dzień składania przeze mnie oferty nie uległ zmianie stan potwierdzony następującymi dokumentami (odpowiednie zaznaczyć):

- a) kserokopia dyplomu ukończenia studiów medycznych ☐
- b) kserokopia prawa wykonywania zawodu ☐
- c) kserokopia dyplomu specjalizacji ☐
- d) kserokopia certyfikatu z ochrony radiologicznej pacjenta (w przypadku osób narażonych na promieniowanie jonizujące) ☐
- e) wypis z ewidencji działalności gospodarczej lub KRS ☐
- f) dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wydruk księgi rejestrowej) w zakresie przedmiotu zamówienia ☐
- g) polisa obowiązkowego ubezpieczenia OC ☐
- h) aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zadań lekarza ☐

.....
(podpis składającego oświadczenie)

Zabrze, dnia

.....
(Nazwisko i imię Oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Wyrażam zgodę na udostępnienie Śląskiemu Centrum Chorób Serca w Zabrzu zgody na przetwarzanie przez ten podmiot, jako Administratora moich danych osobowych w zakresie:

- NUMER PESEL
- IMIĘ
- NAZWISKO
- NAZWISKO RODOWE
- IMIĘ OJCA
- IMIĘ MATKI
- DATA URODZENIA

w celu sprawdzenia czy moje dane zostały zamieszczone w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze na podstawie art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

.....
(podpis i pieczęć składającego oświadczenie)

Załącznik nr 7

Zabrze, dnia

.....

(Nazwisko i imię)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

W związku z treścią art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich oświadczam, że :

***(proszę wybrać i zaznaczyć właściwy kwadrat lub kwadraty)**

1 . (dotyczy wyłączenie obywateli polskich którzy nie zamieszkiwali w innym państwie niż Polska)

☐ w ciągu ostatnich 20 lat przed dopuszczeniem mnie do świadczenia usług związanych z leczeniem

i opieką nad małoletnimi **posiadam wyłącznie polskie obywatelstwo i nie**

zamieszkiwałam/em w inny państwie niż Rzeczpospolitej Polskiej, w związku z powyższym przedkładam wyłącznie Informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w Rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, art. 189a i art.207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii wydaną w dniu

2. (dotyczy obywateli państw obcych, którzy nie zamieszkiwali w innym państwie niż państwo ich obywatelstwa i Polska)

☐ **posiadam obywatelstwo państwa**,

w ciągu ostatnich 20 lat przed dopuszczeniem mnie do świadczenia usług związanych z leczeniem

i opieką nad małoletnimi **nie zamieszkiwałam/em w inny państwie niż Rzeczpospolita Polska**

i państwo mojego obywatelstwa w związku z tym przedkładam:

a) informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego wydaną w dniu

b) ☐ informację z rejestru karnego państwa mojego obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi wydaną w dniu **/lub**

☐ oświadczam, iż w państwie mojego obywatelstwa nie jest wydawana taka informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi więc przedkładam informację z rejestru karnego państwa mojego obywatelstwa wydana w dniu **/lub**

☐ państwo mojego obywatelstwa nie przewiduje sporządzenia informacji wskazanej powyżej **i /lub** nie prowadzi się w nim rejestru karnego*, w związku czym oświadczam, że nie byłem/łam prawomocnie skazany/na w państwie mojego obywatelstwa za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłem/łam się takich czynów zabronionych, oraz że nie mam obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu

zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

3. (dotyczy obywateli polskich i obcych, którzy zamieszkiwali w innych państwach niż Polska lub państwo obywatelstwa)

☐ w ciągu ostatnich 20 lat przed dopuszczeniem mnie do pracy lub innej działalności związanej

z leczeniem i opieką nad małoletnimi **zamieszkiwałam/em w inny państwie niż**

Rzeczpospolita Polska i państwo mojego obywatelstwa tj:

w, w okresie od do (proszę podać lata)

w, w okresie od do (proszę podać lata)

***w przypadku zamieszkiwania w większej ilości państw proszę wymienić wszystkie**

w związku z tym przedkładam:

a) informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r.

o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego wydaną w dniu

b) ☐ informację z rejestru karnego państwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi wydaną w dniu **/lub**

☐ oświadczam, iż w państwie nie jest wydawana taka informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi więc przedkładam informację z rejestru karnego państwa wydaną w dniu **/lub**

☐ państwonie przewiduje sporządzenia informacji wskazanej powyżej i **/lub** nie prowadzi się w nim rejestru karnego*, w związku czym oświadczam, że nie byłem/łam prawomocnie skazany/na w państwie mojego obywatelstwa za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłem/łam się takich czynów zabronionych, oraz że nie mam obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

c) ☐ informację z rejestru karnego państwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi wydaną w dniu **/lub**

☐ oświadczam, iż w państwie nie jest wydawana taka informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi więc przedkładam informację z rejestru karnego państwa wydaną w dniu **/lub**

☐ państwonie przewiduje sporządzenia informacji wskazanej powyżej i **/lub** nie prowadzi się w nim rejestru karnego*, w związku czym oświadczam, że nie byłem/łam prawomocnie skazany/na w państwie mojego obywatelstwa za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu

narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłem/łam się takich czynów zabronionych, oraz że nie mam obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

Oświadczam, że wskazane wyżej dane oraz podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym a składają niniejsze oświadczenie jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(podpis i pieczęć składającego oświadczenie)