

ZAMAWIAJĄCY:

Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.
ul. G. Zapolskiej 3 41-218 Sosnowiec
mail: sekretariat@czdir.pl
tel.: 32 720 77 00/ fax.: 32 266 36 30

Znak sprawy: 2/2024

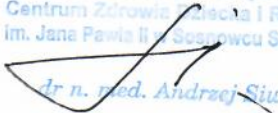
Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert

dla zamówienia

dokonywanego w trybie konkursu ofert
na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej oraz
ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach nocnej i świątecznej opieki
zdrowotnej na terenie Sosnowca przez lekarza oraz pielęgniarkę wg
wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie uzupełniającym do
własnych usług Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w
Sosnowcu Sp. z o.o.**

Sosnowiec: 06.12.2024 r.

PREZES ZARZĄDU
Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny
im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.

Dr n. med. Andrzej Siwiec

I. Zamawiający:

Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.
ul. G. Zapolskiej 3 41-218 Sosnowiec
mail: sekretariata@czdir.pl
tel.: 32 720 77 20/ fax.: 32 266 36 30

II. Przedmiot zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych na terenie Sosnowca w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wg wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia do uzupełnienia własnych usług Centrum Zdrowia dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.:

Zakres I

- **porad lekarskich** udzielanych w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem lub telefonicznie oraz w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta w miejscu jego zamieszkania oraz doraźnie udzielanych świadczeń przez pielęgniarkę w związku z poradą lekarską.

Szacunkowa ilość godzin do zabezpieczenia miesięcznie: 960 godzin

Szacunkowa ilość godzin do zabezpieczenia w okresie 12 miesięcy: 11 520 godzin

Zakres II

-**świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę** w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem lub w miejscu zamieszkania pacjenta, zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji.

Szacunkowa ilość godzin do zabezpieczenia miesięcznie: 960 godzin

Szacunkowa ilość godzin do zabezpieczenia w okresie 12 miesięcy: 11 520 godzin

Maksymalna stawka za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych wynosi, odpowiednio:

- **68,00 zł/h** – pielęgniarka/pielęgniarz;

-**140,00 zł/h** – lekarz/lekarka

Oferty zawierające wyższe oferowane stawki wynagrodzenia zostaną odrzucone.

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy realizowane będą od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta w godzinach od 8:00 danego dnia do godziny 8:00 dnia następnego **w warunkach ambulatoryjnych lub w miejscu zamieszkania pacjentów.**

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki realizowane będą od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta w godzinach od 8:00 danego dnia do godziny 8:00 dnia następnego **w warunkach ambulatoryjnych lub miejscu zamieszkania pacjentów.**

Powyższe świadczenia będą realizowane w CZDiR, przy użyciu sprzętu i aparatury medycznej CZDiR oraz przy użyciu sprzętu jednorazowego, medycznego sprzętu wielokrotnego użytku i innych materiałów CZDiR.

III. Wymagany termin realizacji zamówienia:

- 12 miesięcy 01.01.2025 r. – 31.12.2025 r.

IV. Wymagania dotyczące Oferentów:

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się podmioty gospodarcze spełniające wymagania Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie kwalifikacji w przedmiocie postępowania konkursowego.
2. Oferent musi być uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, a ponadto zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
3. Oferenci zobowiązani będą do udzielania świadczeń na zlecenie Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o., ul. G. Zapolskiej 3, Sosnowiec zgodnie z wymogami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
4. Oferenci, którzy będą realizować świadczenia będące przedmiotem konkursu zobowiązani są do posiadania odpowiednich kwalifikacji zawodowych:
 - lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu,
 - pielęgniarka posiadająca prawo wykonywania zawodu.
5. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do kontroli realizacji przedmiotu umowy poprzez żądanie informacji o przebiegu realizacji przedmiotu zamówienia w tym informacji o sprawozdawczości do Narodowego Funduszu Zdrowia.
6. Oferent zobowiązany będzie na bieżąco wprowadzać i rejestrować dane statystyczne i medyczne zrealizowanych świadczeń zdrowotnych do programu informatycznego obowiązującego u Udzielającego Zamówienie a zainstalowanego u Oferenta.
7. Oferent zobowiązany będzie do bieżącego, rzetelnego i kompletnego gromadzenia danych statystycznych niezbędnych do rozliczenia świadczeń zdrowotnych Udzielającego Zamówienie z NFZ.
8. Oferent zobowiązany będzie do rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie ze standardami przyjętymi u Udzielającego Zamówienie i przepisami prawa w tym wymogami NFZ.
9. Zamawiający wymaga, aby przez cały okres realizacji umowy Oferent posiadał ważną polisę OC w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia. W sytuacji, gdy w trakcie obowiązywania umowy, umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej wygaśnie, Oferent będzie zobowiązany zawrzeć nową umowę ubezpieczenia w takim terminie, aby zapewnić ciągłość wykonywania przedmiotowej umowy. Wartość i zakres rzeczowy umowy ubezpieczenia musi pozostawać zgodny z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
10. Oferent wyraża gotowość poddania się kontroli przeprowadzonej przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z Umowy.
11. Jeżeli podczas kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia zostaną wykryte nieprawidłowości z winy Oferenta i zakończone nałożeniem kary, wówczas 100% wartości kary pokrywa Oferent.

V. Termin związania ofertą

Termin związania ofertą: 14 dni od upływu terminu składania ofert i może zostać wydłużony za zgodą Oferentów.

VI. Zawartość oferty:

1. Formularz ofertowo-cenowy stanowiący załącznik nr 1 do SWKO.
2. Oświadczenie Oferenta stanowiące załącznik nr 2 do SWKO.
3. Oświadczenie osoby, z którą ma być nawiązany stosunek pracy lub która ma być dopuszczona do działalności związanej z małoletnimi.
4. Załączniki do oferty:
 1. oświadczenie Oferenta o posiadaniu wymaganych uprawnień i kwalifikacji.

2. kopia ważnej polisy OC w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia.

Wszystkie kserokopie i odpisy dokumentów wymienionych w punkcie VI muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem przez Oferenta lub osobę uprawnioną/osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta i opatrzone pieczętką imienną identyfikującą tą osobę.

VII. Informacje dotyczące warunków składania ofert:

1. Każdy Oferent może złożyć tylko jedną ofertę. Ofertę sporządza się w formie pisemnej w języku polskim.
2. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Zaleca się, aby wszystkie strony oferty były spięte w sposób zapobiegający możliwości dekompletacji oferty oraz aby każda strona oferty była opatrzona kolejnym numerem.
4. Wszelkie poprawki w tekście oferty muszą być datowane i parafowane własnoręcznie przez Oferenta lub osobę uprawnioną/osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta.
5. Załączniki do oferty stanowią jej integralną część.
6. Oferta powinna zawierać pełnomocnictwo w przypadku, gdy oferta jest sporządzona przez pełnomocnika.
7. Oferta nieczytelna podlega odrzuceniu bez wezwania do uzupełnienia.
8. Nie dopuszcza się składania ofert częściowych.
9. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie w sposób uniemożliwiający jej przypadkowe otwarcie. Koperta zewnętrzna winna być opisana w sposób następujący:

***„Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na terenie Sosnowca przez lekarza oraz pielęgniarkę wg wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie uzupełniającym do własnych usług dla Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.”
nie otwierać przed 13.12.2024 r. godz. 10:00***

Osobą uprawnioną do porozumiewania się z Oferentami w imieniu Zamawiającego jest:
Magdalena Masłowska tel: (032) 720 77 62

VIII. Miejsce i termin składania ofert:

Oferty należy składać w Biurze Zarządu Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o., ul. G. Zapolskiej 3, Sosnowiec w terminie do **13.12.2024 r.** do godziny **09.00**.

IX. Miejsce i termin otwarcia ofert oraz ogłoszenia o wyniku konkursu:

1. Oferty zostaną otwarte w siedzibie Zamawiającego w pokoju Działu Kadr w dniu **13.12.2024 r** o godzinie **10.00**.
2. Oferenci mogą uczestniczyć w części jawnej otwarcia ofert.
3. Wynik rozstrzygnięcia konkursu ofert ukaże się do dnia **13.12.2024 r.** na stronie internetowej Zamawiającego: www.czdir.pl; w zakładce „Zamówienia publiczne/Pozostałe/Konkursy ofert” oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo odwołania konkursu ofert oraz przesunięcia terminu składania ofert.

X. Sposób obliczenia ceny ofert:

Cenę oferty stanowi łączne wynagrodzenia Oferenta z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w ramach nocnej i świątecznej opieka zdrowotna.

Cena musi być podana w złotych polskich cyfrowo, do drugiego miejsca po przecinku.

XI. Kryteria oceny ofert:

Kryteria oceny ofert są następujące:

L.p.	Kryterium	Ranga
1	Cena	100%

W przypadku jeśli zaoferowana przez oferentów liczba godzin przekroczy szacunkową liczbę godzin miesięcznie Udzielający zamówienia zastrzega sobie możliwość wyboru w pierwszej kolejności oferentów, którzy zaproponowali największą liczbę godzin, do wyczerpania limitu. Jeśli ostatnia oferta brana pod uwagę częściowo przewyższy ilość godzin będących przedmiotem zamówienia, Udzielający zamówienia ma prawo do zmniejszenia oferowanych przez oferenta liczby godzin do ilości brakującej w zamówieniu, po otrzymaniu zgody oferenta. W sytuacji gdy złożone oferty nie zabezpieczą pełnej ilości godzin Udzielający zamówienia podpisze umowę/umowy na godziny zabezpieczone w konkursie, natomiast na pozostałe godziny zostanie ogłoszone nowe postępowanie konkursowe.

XII. Rozstrzygnięcie konkursu, warunki zawarcia umowy

1. Informacja o wyniku konkursu zostanie zamieszczona na stronie internetowej Zamawiającego: www.czdir.pl; w zakładce „Zamówienia publiczne/Pozostałe/Konkursy ofert” oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Centrum Zdrowia dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu sp. z o.o.
2. Oferent, który złoży najkorzystniejszą ofertę zostanie pisemnie poinformowany o terminie i miejscu zawarcia umowy.

XIII. Pouczenie Zamawiającego:

1. Zamawiający odrzuca ofertę:
 - a) złożoną przez Oferenta po terminie,
 - b) zawierającą nieprawdziwe informacje,
 - c) jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
 - d) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
 - e) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
 - f) jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną;
 - g) jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków wymaganych od Oferenta,
2. W przypadku, gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie do 2 dni robocze pod rygorem odrzucenia oferty.

XIV. Zastrzeżenia Zamawiającego:

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do: zmiany terminów określonych niniejszym regulaminem.
2. Zamawiający unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, gdy:
 - a. nie wpłynęła żadna oferta;

- b. wpłynęła jedna oferta nie podlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - c. odrzucono wszystkie oferty;
 - d. kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Zamawiający przeznaczył na finansowanie świadczeń zdrowotnych w danym postępowaniu,
 - e. nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Zamawiającego, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
3. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.
 4. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń Komisja ogłasza o rozstrzygnięciu postępowania w miejscu i terminie określonym w Ogłoszeniu o konkursie ofert.
 5. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania zawiera nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres Oferenta, który został wybrany.
 6. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania następuje jego zakończenie i Komisja ulega rozwiązaniu.

XV. Protesty i skargi dotyczące konkursu:

1. Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Zamawiającego zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w ust. 3 i 4.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
 - a) wybór trybu postępowania;
 - b) nie dokonanie wyboru Oferenta;
 - c) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.
3. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
 - a) Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych ulega zawieszeniu, chyba, że z treści protestu wynika, że jest on bezzasadny.
 - b) Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
 - c) Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
 - d) Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na stronie internetowej Zamawiającego: www.czdir.pl w zakładce „Zamówienia publiczne/Pozostałe/Konkursy ofert” oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.
 - e) W przypadku uwzględnienia protestu Komisja powtarza zaskarżoną czynność.
4. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Zamawiającego – Prezesa/Osoby uprawnionej do reprezentowania Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o., w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
 - a) Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

- b) Po rozpatrzeniu odwołania Prezes/Osoba uprawniona do reprezentowania Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o., wydaje decyzję uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na stronie internetowej Zamawiającego: www.czdir.pl; www.czdir.pl w zakładce „Zamówienia publiczne/Pozostałe/Konkursy ofert”, oraz na tablicy ogłoszeń Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.

XVI. Istotne warunki umowy:

Umowa o wykonanie świadczeń zdrowotnych zostanie zawarta zgodnie z proponowanym projektem umowy.

XVII. Postanowienia końcowe

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej.

.....
Pieczęć firmowa Oferenta

Miejscowość dnia

FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY

I. Dane Oferenta:

Nazwa Oferenta – pełna nazwa

firmy

.....

Adres Oferenta:.....

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres

Oferenta):

.....

NIP..... Regon

Tel. Fax.....

e-mail: WWW:

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:.....

II. Termin realizacji:

12 miesięcy od dnia 01.01.2025 r. do dnia 31.12.2025 r.

III. Przedmiot oferty:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych na terenie Sosnowca w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wg wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie uzupełniającym do własnych usług Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o. w zakresie:

- **porad lekarskich** udzielanych w warunkach ambulatoryjny w bezpośrednim kontakcie z pacjentem lub telefonicznie oraz w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta w miejscu jego zamieszkania oraz doraźnie udzielanych świadczeń przez pielęgniarkę w związku z poradą lekarską,

- **świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę** w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem lub w miejscu zamieszkania pacjenta, zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji.

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy realizowane będą od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta w godzinach od 8:00 danego dnia do godziny 8:00 dnia następnego **w warunkach ambulatoryjnych lub w miejscu zamieszkania pacjentów.**

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki realizowane będą od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta w godzinach od 8:00 danego dnia do godziny 8:00 dnia następnego **w warunkach ambulatoryjnych w miejscu zamieszkania pacjentów.**

Powyższe świadczenia będą realizowane w CZDiR, przy użyciu sprzętu i aparatury medycznej CZDiR oraz przy użyciu sprzętu jednorazowego, medycznego sprzętu wielorazowego użytku i innych materiałów CZDiR.

Oświadczam, że przedmiot zamówienia zamierzam wykonać sam/przewiduję powierzyć podwykonawcy*:

część zamówienia przewidziana do wykonania przez podwykonawcę.....

nazwa i adres podwykonawcy.....

IV. Wartość oferty:

Maksymalna stawka za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych wynosi, odpowiednio:

a) **68,00 zł/h** – pielęgniarka/pielęgniarz;

b) **140,00 zł/h** – lekarz/lekarka

Oferuję:

Stawkę godzinową brutto w wysokości:

Słownie:

Minimalną ilość godzin w miesiącu:

.....

(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis

Oferenta)*niepotrzebne skreślić

.....
Pieczęć firmowa Oferenta

Miejscowość dnia

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu ofert na udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach nocnej i świątecznej opieki na terenie Sosnowca przez lekarza oraz pielęgniarkę wg wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie uzupełniającym do własnych usług Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.

Oświadczam, że:

- 4 Zapoznałam/em się z Ogłoszeniem o w/w konkursie ofert.
- 5 Zapoznałam/em się ze Szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- 6 Zapoznałam/em się z dokumentami wymaganymi w ofercie konkursowej, oraz nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
- 7 Wszystkie załączone dokumenty lub kopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym na dzień złożenia oferty.
- 8 Uważam się za związaną/y niniejszą ofertą przez okres 14 dni od upływu terminu składania ofert wskazanego w ogłoszeniu o konkursie.
- 9 W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w ofercie i wg wzoru przedstawionego przez Zleceniodawcę.
- 10 Świadczenia zdrowotne będą udzielane zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, ogólnie przyjętymi zasadami etyki zawodowej i należytą starannością, przy respektowaniu istniejących standardów i procedur medycznych.
- 11 Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń medycznych, oświadczamy, że wyrażamy zgodę na poddanie się kontroli Śląskiemu Wojewódzkiemu Oddziałowi NFZ na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z późn. zm., w zakresie wynikającym z Umowy.
- 12 Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
- 13 Oświadczam, że wyrażam zgodę na gotowość do podjęcia negocjacji w zakresie przedmiotu postępowania konkursowego na wezwanie Zamawiającego.
- 14 Zapoznałam/ em się i akceptuję warunki umowy.

.....
Podpis i pieczęć Oferenta lub osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych
do reprezentowania Oferenta

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
Adres cd.

.....
PESEL*

.....
Dokument tożsamości (seria, numer)

OŚWIADCZENIE

osoby, z którą ma być nawiązany stosunek pracy lub która ma być dopuszczona do działalności związanej z małoletnimi

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że w ciągu ostatnich 20 lat

- nie zamieszkiwałam/em** w państwach innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa.
- zamieszkiwałam/em** w państwach innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa tj. w

.....

W państwie/państwach obywatelstwa.....

- prawo nie przewiduje wydawania/sporządzania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi**
- nie prowadzi się rejestru karnego**

W państwie/państwach, w którym zamieszkiwałam/em

- prawo nie przewiduje wydawania/sporządzania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi**
- nie prowadzi się rejestru karnego**
- oświadczam, że nie byłam/em prawomocnie skazana/y w ww. państwie/państwach za czyny zabronione odpowiadające przestępstwu 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 dopuściłam/em 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.**

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
miejsowość, data

.....
podpis