

## **OGŁOSZENIE 3/4/2018 z dnia 13.04.2018 roku**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny  
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Otwocku**  
działając na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej  
(Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.)  
**ogłasza konkurs ofert na:**

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie rehabilitacji medycznej**

### **1. Udzielający Zamówienia**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA w Otwocku  
ul. Bolesława Prusa 1/3  
05-400 Otwock  
Strona internetowa, na której dostępne jest Ogłoszenie: [www.zozmswia.pl](http://www.zozmswia.pl)  
Godziny urzędowania: pn.- pt.: od godziny 7:45 do godziny 15:20.

### **2. Opis przedmiotu zamówienia**

- 1) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej.
- 2) Szczegółowe godziny pracy będą realizowane zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego Zamówienia. Minimalna liczba godzin do wypracowania 38 godzin miesięcznie. Maksymalna liczba godzin do wypracowania 170 godzin miesięcznie. Przedmiot umowy został szczegółowo opisany w Załączniku nr 1 do umowy
- 3) Szczegółowy zakres zamówienia zawarty jest w załączniku nr 1 do Ogłoszenia.

CPV:

85111400-4 Usługi szpitalne rehabilitacyjne  
85312500-4 Usługi rehabilitacyjne

### **3. Udzielający Zamówienia nie dopuszcza składanie ofert częściowych.**

### **4. Termin wykonania zamówienia - 24 miesiące od dnia 1 stycznia 2018 roku**

### **5. W postępowaniu konkursowym mogą wziąć udział Oferenci, którzy spełniają następujące warunki:**

- 1) są podmiotami wymienionymi w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.) i posiadają uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia w ramach ogłoszonego konkursu;
- 2) posiadają prawo wykonywania zawodu lekarza
- 3) posiadają lub są w trakcie specjalizacji II stopnia w dziedzinie rehabilitacji medycznej,
- 4) posiadają co najmniej 5 letnie doświadczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej oraz posiadanie co najmniej 3 letniego doświadczenia w kierowaniu oddziałem dziennym lub stacjonarnym rehabilitacji do potwierdzenia w formularzu ofertowym (zał. nr 3 do ogłoszenia);
- 5) są ubezpieczeni od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności. Szczegółowy zakres obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz minimalną sumę gwarancyjną tego ubezpieczenia określa rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
- 6) posiadają aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ogłoszonego konkursu – do potwierdzenia w formularzu ofertowym (zał. nr 3 do ogłoszenia).

7) posiadają aktualne badanie przeprowadzone do celów sanitarno-epidemiologicznych – do potwierdzenia w formularzu ofertowym (zał. nr 3 do ogłoszenia).

**6. Dokumenty i oświadczenia, które Oferenci powinni złożyć w ofercie, w celu potwierdzenia spełniania warunków, o których mowa w pkt 5 niniejszego Ogłoszenia:**

**6.1. W przypadku osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (jednoosobowe praktyki lekarskie):**

- 1) prawo wykonywania zawodu lekarza osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,
- 2) dokument potwierdzające posiadanie lub bycie w trakcie specjalizacji II stopnia w dziedzinie rehabilitacji medycznej osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,
- 3) aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ogłoszonego konkursu,
- 4) **aktualne badanie przeprowadzone do celów sanitarno-epidemiologicznych, (nie jest to wpis w tzw. książeczkę sanepidowską)**
- 5) wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) – nie starszy niż 6 miesięcy,
- 6) aktualny wypis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą - nie starszy niż 3 miesiące. Wymagany jest wpis w księdze rejestrowej w Rodzaj działalności leczniczej i praktyki zawodowej:

Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:

93 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego **lub**

94 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego **lub**

98 - indywidualna praktyka lekarza **lub**

99- indywidualna specjalistyczna praktyka lekarza;  
w dziedzinie rehabilitacja

- 7) polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą – 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.

**6.2 W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowe praktyki lekarskie)**

- 1) prawo wykonywania zawodu lekarza osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,
- 2) dokument potwierdzające posiadanie lub bycie w trakcie specjalizacji II stopnia w dziedzinie rehabilitacji medycznej osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,
- 3) aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ogłoszonego konkursu dla osoby świadczącej usługi zdrowotne,
- 4) **aktualne badanie przeprowadzone do celów sanitarno-epidemiologicznych, (nie jest to wpis w tzw. książeczkę sanepidowską) dla osoby świadczącej usługi zdrowotne,**
- 4) wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) lub odpis z właściwego rejestru KRS – nie starszy niż 6 miesięcy;
- 5) aktualny wypis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – nie starszy niż 3 miesiące. Wymagany jest wpis w księdze rejestrowej w Rodzaj działalności leczniczej i praktyki zawodowej:

Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:

97 – grupowa praktyka lekarska;  
w dziedzinie rehabilitacja

- 6) polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą – 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.

### 6.3 W przypadku podmiotów leczniczych

- 1) prawo wykonywania zawodu lekarza osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,
- 2) dokument potwierdzające posiadanie lub bycie w trakcie specjalizacji II stopnia w dziedzinie rehabilitacji medycznej osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,
- 3) aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ogłoszonego konkursu dla osoby świadczącej usługi zdrowotne,
- 4) **aktualne badanie przeprowadzone do celów sanitarno-epidemiologicznych, (nie jest to wpis w tzw. książeczkę sanepidowską) dla osoby świadczącej usługi zdrowotne,**
- 5) wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) lub odpis z właściwego rejestru KRS – nie starszy niż 6 miesięcy,
- 6) aktualny wypis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą nie starszy niż 3 miesiące,

W PRZEDSIĘBIORSTWACH PODMIOTU LECZNICZEGO:

- w rubryce 28. Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w przedsiębiorstwie pomiotu leczniczego, oznaczony kodem resortowym stanowiącym część VI systemu kodów identyfikacyjnych:

- 3 – Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

W KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH PRZEDSIĘBIORSTWA I ICH PROFILACH

- w rubryce 8 Zakres Świadczeń Zdrowotnych udzielanych w komórce organizacyjnej

2300 Ośrodek rehabilitacji dziennej

1300 Poradnia rehabilitacyjna

- 7) polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

100.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 500.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń dla podmiotu, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zwanej dalej „ustawą” wykonującego działalność leczniczą, o której mowa w art. 8 pkt 1 lit. a ustawy.

Dokumenty wymagane w celu potwierdzenia spełniania wymagań stawianych Oferentom powinny być złożone w formie oryginału lub kserokopii poświadczonych za zgodność z oryginałem.

### 7. Pozostałe dokumenty wymagane w ofercie:

- 1) formularz ofertowy – zał. nr 3 do Ogłoszenia
- 2) formularz cenowy – zał. nr 4 do Ogłoszenia

### 8. Sposób porozumiewania się Udzielającego Zamówienia z Oferentami.

- 1) Niniejsze postępowanie prowadzone jest w języku polskim.
- 2) Wszelkie oświadczenia, zawiadomienia oraz informacje będą przekazywane przez Udzielającego Zamówienia i Oferentów w formie pisemnej, tj. w wersji elektronicznej w

formacie pdf lub faksem.

- 3) Dokumenty składane przez Oferentów, w odpowiedzi na wezwanie w trybie art. 149 ust. 3 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, powinny być złożone w formie pisemnej, tj. oryginału lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem, w terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
- 4) Osoba uprawniona do porozumiewania się z Oferentami:

**Dominika Borawska – [d.borawska@zozmswia.pl](mailto:d.borawska@zozmswia.pl); tel. 22 779 46 71**

#### **9. Opis sposobu przygotowania oferty.**

- 1) Każdy Oferent może złożyć tylko jedną ofertę. Złożenie oferty alternatywnej skutkować będzie odrzuceniem wszystkich ofert złożonych przez danego Oferenta.
- 2) Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
- 3) Oferta wraz z załącznikami musi być podpisana przez Oferenta lub przez osobę upoważnioną do jego reprezentowania. W przypadku podpisywania oferty przez osobę/osoby posiadające pełnomocnictwa, dokumenty pełnomocnictwa muszą być dołączone do oferty w oryginale lub w notarialnie uwierzytelnionej kopii.
- 4) Zaleca się, aby wszystkie zapisane strony oferty (a nie kartki) wraz z załącznikami były jednoznacznie ponumerowane i spięte.

#### **10. Miejsce i termin składania ofert.**

- a) Oferty należy składać w nieprzejrystym, zamkniętym opakowaniu do dnia **18.04.2018 r.** do **godz. 14:00** w siedzibie Udzielającego Zamówienia.
- b) Opakowanie zawierające ofertę powinno być zaadresowane:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA w Otwocku  
ul. Bolesława Prusa 1/3  
05-400 Otwock

oraz oznakowane następująco:

**„Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie rehabilitacji medycznej”**

i opatrzone nazwą oraz dokładnym adresem Oferenta. Konsekwencje złożenia oferty niezgodnej z w/w opisem ponosi Oferent.

#### **11. Przebieg konkursu, wybór oferenta i ogłoszenie o wyniku konkursu ofert**

- 1) W celu przeprowadzenia konkursu ofert Udzielający Zamówienia powołuje komisję konkursową w składzie co najmniej 3 członków i wyznacza spośród nich przewodniczącego. Konkurs składa się z części jawnej i niejawnej.
- 2) Komisja konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty w oparciu o złożoną dokumentację oraz informacje zawarte w formularzu ofertowym biorąc pod uwagę wyznaczone kryterium oceny ofert.
- 3) Rozstrzygając konkurs ofert Komisja konkursowa podejmuje kolejno następujące czynności:
  - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
  - b) otwiera koperty z ofertami,
  - c) ustala, które z ofert spełniają warunki określone w pkt. 5,
  - d) odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom określonym w pkt. 5 lub zgłoszone po wyznaczonym terminie,
  - e) ogłasza oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w pkt. 5, a które zostały odrzucone,
  - f) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów,
  - g) wybiera najkorzystniejsze oferty albo nie wybiera żadnej z ofert.
4. Komisja konkursowa działa na posiedzeniach zamkniętych bez udziału oferentów, z wyjątkiem czynności określonych w pkt a) do e).
5. Komisja może nie przyjąć ofert, których cena przewyższa kwotę przeznaczoną na sfinansowanie zamówienia.

#### **12. Udzielający Zamówienia odrzuci ofertę:**

- 1) złożoną przez przyjmującego zamówienie po terminie;
  - 2) zawierającą nieprawdziwe informacje;
  - 3) jeżeli przyjmujący zamówienie nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
  - 5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
  - 6) jeżeli świadczeniodawca złożył ofertę alternatywną;
  - 7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Dyrektora Szpitala w ogłoszeniu o konkursie;
  - 8) złożoną przez przyjmującego zamówienie, z którym została rozwiązana przez Szpital umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie przyjmującego zamówienie.
- 13.** W przypadku gdy braki, o których mowa w pkt 3, dotyczą tylko części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem.
- 14.** 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 pod rygorem odrzucenia oferty.
- 15.** Konkurs unieważnia się, gdy:
- 1) nie wpłynęła żadna oferta;
  - 2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
  - 3) odrzucono wszystkie oferty;
  - 4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Fundusz przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu;
  - 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
- 16.** 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.

**17. Kryteria wyboru oferty i sposób oceny.**

Wybór oferty zostanie dokonany na podstawie kryterium cena:

Nazwa kryterium	Waga kryterium	Sposób punktowania
Cena brutto za godzinę	100%	Najniższa zaoferowana cena brutto za godzinę / cena badanej oferty x 100% waga kryterium

- a) Udzielający Zamówienia zawrze umowę z **1 oferentem** z najwyższą liczbą punktów wyliczoną na podstawie wyznaczonego kryterium spośród ofert niepodlegających odrzuceniu, z zastrzeżeniem, że nie przekroczą kwoty jaką Udzielający Zamówienia zamierza przeznaczyć na sfinansowanie świadczenia.
- b) W przypadku gdy na podstawie wyżej określonego kryterium nie będzie możliwości dokonania wyboru jednej najkorzystniejszej oferty z powodu jednakowej liczby punktów kilku ofert, Udzielający Zamówienia wezwie oferentów, których oferty uzyskały taką samą, najwyższą, liczbę punktów, do złożenia w określonym terminie ofert dodatkowych, w zakresie w jakim będzie to niezbędne do rozstrzygnięcia konkursu. Oferenci składając oferty dodatkowe, nie mogą zaoferować ceny wyższej, niż zaoferowana w złożonej ofercie.
- c) W wypadku gdy spośród ofert dodatkowych nie będzie możliwości dokonania wyboru jednej najkorzystniejszej oferty, Udzielający zamówienia dokona ponownej oceny tych ofert z uwzględnieniem kryterium dodatkowego- doświadczenie – liczba lat udzielania świadczeń

zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia. Za korzystniejszą uznawana jest oferta wyżej oceniona ze względu na kryterium dodatkowe.

#### **18. Udzielenie zamówienia**

Zamówienie zostanie udzielone Oferentowi, którego oferta została oceniona jako najkorzystniejsza w oparciu o kryteria wyboru podane w pkt. 17 niniejszego Ogłoszenia.

- 19.** O rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający Zamówienia poinformuje na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia [www.zozmswia.pl](http://www.zozmswia.pl) niezwłocznie po dokonaniu wyboru podając nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres Oferenta, którego oferta została wybrana.

#### **20. Istotne postanowienia umowy**

Istotne dla stron postanowienia, stanowią załącznik nr 2 do niniejszego Ogłoszenia.

#### **21. Środki ochrony prawnej przysługujące Przyjmującym Zamówienia**

Przyjmującym Zamówienia, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego Zamówienie zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 ust. 1-2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Środki odwoławcze nie przysługują na wybór trybu postępowania, niedokonanie wyboru Przyjmującego Zamówienia, unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. 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.

Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.

Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.

Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia.

W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora Udzielającego Zamówienia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

#### **Załączniki:**

- 1) Szczegółowy zakres zamówienia (zał. nr 1),
- 2) Istotne postanowienia umowy (zał. nr 2),
- 3) Formularz ofertowy (zał. nr 3),
- 4) Formularz cenowy (zał. nr 4).

Otwock, dnia 13 kwietnia 2018 r.

#### **Zatwierdzam:**

p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa  
/-/ Grażyna Żarnowiecka

działając na podstawie pełnomocnictwa nr 24/2017 r.  
z dnia 9 czerwca 2017 r. udzielonego przez Dyrektora

Dariusza Kołodziejczyka

*podpis Udzielającego Zamówienie*

## **Szczegółowy Zakres Zamówienia**

### **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie rehabilitacji medycznej**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej.  
Świadczenia będą realizowane w dni robocze.

#### **Warunki udzielania świadczeń:**

##### **1. Obowiązki przyjmującego zamówienie:**

- 1) Sprawowanie opieki medycznej nad pacjentami Pododdziału Dziennego Rehabilitacji Medycznej i konsultowanie pacjentów innych oddziałów w razie konieczności,
- 2) Przeprowadzanie obchodów lekarskich
- 3) Wydawanie zleceń lekarskich.
- 4) Uczestniczenie w procesie leczenia i sprawowanie opieki medycznej nad Pacjentami
- 5) Wykonywanie zabiegów diagnostycznych i leczniczych w sytuacjach tego wymagających zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie procedurami.
- 6) Monitorowanie stanu zdrowia Pacjentów.
- 7) Podejmowanie interwencji lekarskiej w przypadku pogorszenia stanu zdrowia Pacjentów, łącznie z organizacją przeniesienia Pacjenta do innego szpitala.
- 8) Dokonywanie wpisów w indywidualnej dokumentacji medycznej Pacjenta
- 9) Nadzorowanie bezpieczeństwa Pacjentów przebywających w Szpitalu.
- 10) Przestrzeganie dyscypliny pracy, przepisów BHP i ppoż., dbanie o mienie w miejscu pracy.
- 11) prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami prawa
- 12) inne zadania zlecone przez Dyrektora w zakresie świadczeń z rehabilitacji medycznej.

**2. Świadczenia będą udzielane w siedzibie Udzielającego Zamówienia zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego Zamówienia.**

**3. Termin realizacji zamówienia: 24 miesiące od dnia zawarcia umowy**

## **ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY**

### **§ 1**

#### **Przedmiot Umowy**

1. Przedmiotem umowy jest realizacja przez Przyjmującego Zamówienie na rzecz Udzielającego Zamówienia świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej. Szczegółowe godziny pracy będą realizowane zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego Zamówienia. Minimalna liczba godzin do wypracowania 38 godzin miesięcznie. Maksymalna liczba godzin do wypracowania 170 godzin miesięcznie. Przedmiot umowy został szczegółowo opisany w Załączniku nr 1 do umowy
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada tytuł .....
3. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada niezbędne umiejętności, zgodne z aktualną wiedzą medyczną do wykonywania zamówienia.
4. Przyjmujący Zamówienie z uwagi na charakter stosunku zobowiązaniowego raz szczególnie warunki świadczenia usług, zobowiązuje się wykonywać zamówienie samodzielnie bez pomocy osób trzecich.

### **§ 2**

#### **Obowiązki Stron**

1. Przyjmujący Zamówienie będzie wykonywał przedmiot umowy który został szczegółowo opisany w załączniku nr 1 do umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do korzystania z pomieszczeń oraz sprzętu i aparatury, należących do Udzielającego Zamówienia, zgodnie z ich przeznaczeniem i w celach określonych w niniejszej umowie i tylko w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przy realizacji niniejszej umowy:
  - 1) Udzielać świadczeń zdrowotnych terminowo i zgodnie z Harmonogramem ustalonym przez Udzielającego Zamówienia.
  - 2) W przypadku zdarzeń losowych uniemożliwiających Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy powiadamiać nie później niż na 12 godzin przed planowanym udzieleniem świadczeń Udzielającego Zamówienia o niemożliwości realizacji świadczeń ze wskazaniem ich przyczyn.
  - 3) W sytuacjach nagłych i szczególnie uzasadnionych powiadomienie takie może nastąpić w terminie krótszym niż wskazany wyżej, w takich wypadkach każdorazowo wymagane będzie szczegółowe wykazanie okoliczności uniemożliwiających powiadomienie we właściwym terminie.
  - 4) Rzetelnie wykonywać świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej Umowy, z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obowiązującymi standardami, przepisami obowiązującymi Udzielającego Zamówienia między innymi Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638), Ustawy z dnia 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.), Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r. poz. 1318) oraz z uwzględnieniem postępu w zakresie medycyny.
  - 5) Prowadzić czytelnie dokumentację zgodnie z wymogami określonymi w przepisach prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia.
  - 6) Dbać o dobre imię Udzielającego Zamówienia.
  - 7) Współpracować z lekarzami oraz innym personelem medycznym Udzielającego Zamówienia.
  - 8) Niezwłocznie zgłaszać Udzielającemu Zamówienia każdy konflikt interesów i każdy inny fakt przeszkadzający, utrudniający lub uniemożliwiający należyte wykonywanie postanowień



niniejszej Umowy.

- 9) Na wniosek Udzielającego Zamówienia ustosunkowywać się do skarg pacjentów na wykonanie lub niewykonanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych poprzez złożenie pisemnych wyjaśnień wraz z sugestią, co do proponowanych rozwiązań.
  - 10) Stale i na własny koszt podnosić swoje kwalifikacje zawodowe, uzgadniając związane z tym przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych z Udzielającym Zamówienia.
  - 11) Przestrzegać przepisów ustawy o ochronie danych osobowych, w szczególności do przetwarzania powierzonych danych osobowych osób objętych opieką medyczną wyłącznie w zakresie i celu przewidzianym w niniejszej umowie, szczególnie starannego zabezpieczenia danych osobowych przed dostępem osób niepowołanych oraz do zachowania poufności wszelkich danych osobowych, które zostały mu przekazane przez Udzielającego Zamówienia.
  - 12) Przestrzegać przepisów sanitarno-epidemiologicznych, BHP i dotyczących ochrony środowiska.
  - 13) Uzyskiwać zgodę Udzielającego Zamówienia na udzielanie wywiadów: w prasie, telewizji, Internecie, dotyczących przedmiotowo wykonywania Umowy lub związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia.
  - 14) Nie wykluczają możliwości udzielania świadczeń w terminach dodatkowych w stosunku do uzgodnionego Harmonogramu w przypadkach nagłych lub wynikających ze zdarzeń nadzwyczajnych pozostających poza kontrolą stron niniejszej umowy z zastrzeżeniem, że istnieje możliwość odmowy zastosowania się do wezwania celem świadczenia usług nie objętych harmonogramem.
4. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się do:
- 1) Zapłaty wynagrodzenia na rzecz Przyjmującego Zamówienie.
  - 2) Udostępnienia Przyjmującemu Zamówienie sprzętu i aparatury medycznej oraz zapewnienia materiałów medycznych niezbędnych do wykonywania świadczeń.
  - 3) Zorganizowania obiegu i przechowywania dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami.
  - 4) Powiadomiania Przyjmującego Zamówienie o terminach świadczeń dodatkowych z wyprzedzeniem umożliwiającym wykonanie świadczeń.

### **§ 3**

#### **Kontrola realizacji zamówienia**

1. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje na siebie obowiązek poddania się kontroli Udzielającego Zamówienia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych uprawnionych organów i osób, szczególnie w zakresie dostępności, jakości i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych, jak i obowiązkowi udostępniania wszelkich danych i informacji niezbędnych do przeprowadzenia kontroli.
2. Osobą upoważnioną po stronie Udzielającego Zamówienia do odbioru sprawozdań i bieżącego kontaktu w sprawie uzgadniania harmonogramu świadczeń jest Dyrektor Szpitala albo osoba przez niego upoważniona.
3. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że wykonywanie przez niego świadczeń na rzecz innych podmiotów w ramach prowadzonej przez niego działalności nie wpłynie na jakość i ilość świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie niniejszej umowy.

### **§ 4**

#### **Należność za realizację zamówienia**

1. Z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, Przyjmującemu Zamówienie przysługuje wynagrodzenie w wysokości ..... zł (słownie: ..... złotych) brutto za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej. Maksymalna łączna wartość umowy wynosi ..... zł (słownie: ..... złotych) brutto.
2. Należność za wykonywanie świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy Udzielający Zamówienia wypłacać będzie w okresach miesięcznych, na podstawie wystawianych przez

Przyjmującego Zamówienie faktur lub rachunków.

3. Faktury lub rachunki, o których mowa w ust. 2 wystawiane i dostarczone będą do 7-go każdego miesiąca na podstawie sprawozdań z wykonywanych świadczeń zdrowotnych po ich potwierdzeniu przez upoważnionych przedstawicieli Udzielającego Zamówienia.
4. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w sprawozdaniu, wypłata należności zostanie wstrzymana do czasu wyjaśnienia rozbieżności. W takim przypadku Przyjmującemu Zamówienie nie przysługują odsetki za opóźnienie w płatnościach.
5. Za datę dostarczenia uznaje się datę przyjęcia rachunku/faktury potwierdzoną przez Dział Księgowości Udzielającego Zamówienia.
6. Zapłata należności następować będzie przelewem w terminie do 14 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury lub rachunku Udzielającemu Zamówienia, na wskazany rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie. W przypadku, gdy faktura lub rachunek dostarczony będzie po 7-tym dniu danego miesiąca, płatność zrealizowana zostanie w terminie 21 dni od dnia jej (-go) otrzymania.
7. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

## **§ 5**

### **Ograniczenie dysponowania wierzytelnością**

Przyjmujący Zamówienie nie może bez pisemnej zgody Udzielającego Zamówienia przenieść w rozumieniu art. 509-518 k.c. na osobę trzecią wierzytelności wynikających z niniejszej umowy. Takie przeniesienie będzie bezskuteczne względem Udzielającego Zamówienia, a Udzielający Zamówienia będzie mógł skutecznie dokonać zapłaty do rąk Przyjmującego Zamówienie. Przyjmujący Zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienia karę umowną w wysokości wartości wierzytelności będącej przedmiotem przeniesienia, niezależnie od prawnej skuteczności czynności przeniesienia wierzytelności.

## **§ 6**

### **Odpowiedzialność za wykonywanie zamówienia**

1. Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność w stosunku do Udzielającego Zamówienia i pacjentów za szkody wyrządzone z własnej winy, powstałe przy wykonywaniu niniejszej umowy, w szczególności związane z niewykonywaniem lub nieprawidłowym wykonaniem świadczenia zdrowotnego, prowadzeniem dokumentacji medycznej w sposób niekompletny lub jej brakiem, stwierdzeniem braku realizacji zaleceń pokontrolnych.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do pokrycia szkody poniesionej przez Udzielającego Zamówienia, spowodowanej nałożeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia kary pieniężnej, o której mowa w umowach zawartych między NFZ a Udzielającym Zamówienia, jeżeli nałożenie tych kar było wynikiem niewłaściwego wykonywania przez Przyjmującego Zamówienie zadań i obowiązków wynikających z niniejszej umowy.
3. Przyjmujący Zamówienie w okresie trwania umowy utrzyma ważność opłaconej polisy za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych na warunkach określonych w rozporządzeniu ..... Polisa ubezpieczeniowa stanowi Załącznik nr 2 do Umowy.
4. W przypadku, gdy polisa ubezpieczeniowa obejmuje krótszy okres niż czas trwania niniejszej umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przedłożyć Udzielającemu Zamówienia niezwłocznie nową polisę ubezpieczeniową w terminie 14 dni od dnia zawarcia polisy ubezpieczeniowej, pod rygorem wypowiedzenia niniejszej umowy ze skutkiem natychmiastowym.

## **§ 7**

### **Odpowiedzialność odszkodowawcza**

1. Przyjmujący Zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienia kary umowne:
  - 1) za niewykonanie świadczenia z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienia w wysokości 500,00 zł (słownie: pięćset złotych 00/100 złotych) za każde niewykonane świadczenie;

- 2) za niestosowanie się do zaleceń pokontrolnych dotyczących wykonywania umowy w wysokości 3 000, 00 zł (słownie: trzy tysiące 00/100 złotych);
  - 3) za odstąpienie od umowy przez Udzielającego Zamówienia z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie w wysokości 3 000, 00 zł (słownie: trzy tysiące 00/100 złotych);
  - 4) za naruszenie postanowienia § 6 ust 4 w wysokości 1000, 00 zł (słownie: jeden tysiąc 00/100 złotych) za każdy rozpoczęty dzień braku ubezpieczenia, przy czym uprawnienie to nie wyłącza możliwości dochodzenia odszkodowania uzupełniającego do pełnej wysokości wyrządzonej szkody.
2. Udzielający Zamówienia zastrzega prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych.
  3. Udzielający Zamówienie może potrącić naliczone kary umowne oraz kary wynikające z § 6 ust. 2 ze swymi zobowiązaniami wobec Przyjmującego Zamówienie.

## **§ 8**

### **Czas trwania umowy**

Niniejsza umowa obowiązuje od .....04.2018 do ..... lub do wyczerpania wynagrodzenia umowy, o którym mowa w § 4 ust 1.

## **§ 9**

### **Rozwiązanie Umowy**

1. Umowa ulega rozwiązaniu:
  - 1) z upływem okresu, na który została zawarta,
  - 2) w drodze wypowiedzenia jednej ze stron, z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia skutecznego na koniec miesiąca kalendarzowego,
  - 3) na mocy porozumienia stron,
2. Udzielający Zamówienie może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli:
  - 1) w wyniku kontroli, własnej lub organu zewnętrznego, zostanie stwierdzone, niewykonywanie niniejszej umowy lub jej wadliwe wykonanie, a w szczególności polegające na ograniczeniu dostępności świadczeń, zawężanie ich zakresu i złą jakość świadczeń,
  - 2) Przyjmujący Zamówienie swoje prawa i obowiązki wynikające z niniejszej umowy przeniósł na osoby trzecie,
  - 3) Przyjmujący Zamówienie nie dopełni obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej i służbowej, o której mowa w § 10,
  - 4) Przyjmujący Zamówienie popełni przestępstwo, które uniemożliwia dalszą realizację umowy, jeżeli zostało ono stwierdzone prawomocnym wyrokiem lub zostanie wszczęte postępowanie karne przeciwko Przyjmującemu Zamówienie dotyczące bezpośrednio lub pośrednio przedmiotu niniejszej umowy,
  - 5) Przyjmujący Zamówienie utraci uprawnienia konieczne dla realizacji umowy, nie przystąpi do realizacji umowy, odmówi poddania się badaniu krwi na zawartość alkoholu i środków odurzających, gdy zachodzi podejrzenie ich użycia.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie po rozwiązaniu umowy przekazać Udzielającemu Zamówienie wszelkie dokumenty i inne materiały dotyczące zarówno tajemnicy służbowej, jak i zawodowej oraz inne dokumenty, jakie sporządził, zebrał, opracował lub otrzymał w trakcie trwania umowy w związku z jej wykonywaniem.

## **§ 10**

### **Ochrona tajemnicy**

W związku z tym, że podczas wykonywania przez Przyjmującego zamówienia obowiązków określonych w umowie może wystąpić potrzeba przetwarzania danych osobowych pacjentów oraz kontrahentów Udzielającego zamówienia strony zawierają „Umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych” stanowiącą załącznik do niniejszej umowy.

## **§ 11**

### **Postanowienia końcowe**

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.), kodeksu cywilnego oraz inne przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w szczególności wymienione w §2 ust. 3 pkt 4.
2. W przypadku powstania sporu na tle realizacji niniejszej umowy strony zobowiązują się prowadzić negocjacje w celu jego rozstrzygnięcia; w razie niepowodzenia negocjacji spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie sądowni powszechnemu właściwemu miejscowo dla siedziby Udzielającego Zamówienie.
3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

#### Załączniki:

Załącznik nr 1: Szczegółowy zakres zamówienia

Załącznik nr 2: Polisa ubezpieczeniowa

Załącznik nr 3: Formularz cenowy

.....

**Udzielający Zamówienia**

.....

**Przyjmujący Zamówienie**

## UMOWA

### o powierzenie przetwarzania danych osobowych

W związku z zawartą w dniu ..... umową nr ....., Strony zawierają umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych, których administratorem, w rozumieniu Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.) jest Udzielający zamówienie.

#### § 1.

Udzielającym zamówienia oświadcza, że jest administratorem danych osobowych w rozumieniu Ustawy w stosunku do danych powierzonych Przyjmującemu zamówienie.

#### § 2.

1. Udzielającym zamówienia powierza Przyjmującemu zamówienie przetwarzanie danych osobowych w zakresie i celu realizacji Umowy.
2. Przyjmujący zamówienie może przetwarzać następujące dane pacjentów i kontrahentów Udzielającego zamówienie:
  - imię i nazwisko,
  - PESEL,
  - adres zamieszkania,
  - dane osób wskazanych do kontaktu,
  - dane osób uprawnionych do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i do dostępu do dokumentacji medycznej,oraz dane wrażliwe dotyczące stanu zdrowia pacjentów Udzielającego zamówienia.
3. Przyjmujący zamówienie nie może powierzyć przetwarzania powierzonych danych podmiotowi trzeciemu bez zgody Udzielającego zamówienie.
4. Przyjmujący zamówienie będzie przetwarzał dane osobowe wymienione w ust. 2 wyłącznie w siedzibie Udzielającego zamówienie i przy użyciu udostępnionego Przyjmującemu zamówienie przez Udzielającego zamówienie sprzętu informatycznego oraz dokumentacji papierowej.

#### § 3.

1. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do przestrzegania, w zakresie przekazanych danych, obowiązujących przepisów oraz udostępnionych mu: „Polityki bezpieczeństwa informacji w zakresie przetwarzania danych osobowych w SPZOZ Szpitalu Specjalistycznym MSWiA w Otwocku” oraz ”Instrukcji zarządzania systemem informatycznym przetwarzającym dane osobowe SPZOZ Szpitalu Specjalistycznym MSWiA w Otwocku”.
2. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do:
  - a) zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, do których będzie miał dostęp w związku z wykonywaniem Umowy zarówno w trakcie jej trwania jak i po jej wygaśnięciu lub rozwiązaniu.
  - b) ochrony powierzonych danych osobowych przed dostępem do nich osób do tego nieupoważnionych,
  - c) zabezpieczania powierzonych danych przed zniszczeniem i nieuprawnionym ujawnieniem.
3. Udzielający zamówienie wyda Przyjmującemu zamówienie „Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych”.

4. Jeżeli będzie taka potrzeba Udzielający zamówienie nada Przyjmującemu zamówienie indywidualny login i hasło do systemu informatycznego Udzielającego zamówienie.
5. Login i hasło wymienione w ust. 4 zostanie wygaszone przez Udzielającego zamówienia w dniu zakończenia lub rozwiązania Umowy.
6. Udzielający zamówienie ma prawo do kontroli sposobu przetwarzania danych i realizacji warunków Umowy przez Zleceniobiorcę.

#### **§ 4.**

Przyjmujący zamówienie odpowiada za wszelkie szkody wyrządzone Udzielającemu zamówienia lub osobom trzecim wynikające z niezgodnego z Ustawą lub niniejszą umową przetwarzania danych osobowych.

#### **§ 5.**

Umowa niniejsza wygasa z dniem wygaśnięcia lub rozwiązania łączącej Strony umowy zawartej w dniu ..... nr .....

#### **§ 6.**

Zmiany niniejszej Umowy mogą zostać dokonane pod rygorem nieważności wyłącznie w formie pisemnej, za zgodą Stron.

#### **§ 7.**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

.....

**Udzielający Zamówienia**

.....

**Przyjmujący Zamówienie**

**FORMULARZ OFERTOWY****Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:**

\*\*Nazwa/Imię i nazwisko: .....

Miejsce zam/.: .....kod.....ul.....

nr telefonu/fax ....., e-mail.....

Dowód osobisty \* seria ..... numer .....

wydany przez..... PESEL \* ..... NIP.....

Prowadzący/a działalność gospodarczą pod firmą .....

z siedzibą w.....kod.....ul.....

NIP ..... http:// .....

Osoba upoważniona do kontaktów:.....tel. ....

\*\*\* Nazwa Podmiotu leczniczego:.....

z siedzibą w.....kod.....ul.....

NIP ..... http:// .....

Osoba upoważniona do kontaktów:.....tel. ....

*(\*) – informacje wymagane dla osób nieprowadzących działalności gospodarczej**(\*\*) – dotyczy prowadzących działalność gospodarczą**(\*\*\*)- dotyczy podmiotów leczniczych***Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA w Otwocku

ul. Bolesława Prusa 1/3

05-400 Otwock

**Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:**

- 1) Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert na „Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie rehabilitacji medycznej, zobowiązuję się świadczyć usługę na zasadach określonych w Ogłoszeniu.
  - 2) Termin realizacji zamówienia: 24 miesiące od dnia zawarcia umowy
  - 3) Termin płatności: zgodnie z § 4 ust. 6 Istotnych Postanowień Umowy.
  - 4) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 2 do Ogłoszenia i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
  - 5) Oświadczam, że posiadam kwalifikacje o którym mowa w pkt. 5.2. i 5.3 ogłoszenia.
  - 6) Oświadczam, że posiadam co najmniej ..... letnie doświadczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej oraz posiadanie co najmniej .....letniego doświadczenia w kierowaniu oddziałem dziennym lub stacjonarnym rehabilitacji o którym mowa w pkt. 5.4. Ogłoszenia. ( wypełnia Oferent)
  - 7) Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt 5.. Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
  - 8) Ofertę niniejszą składamy na zapisanych ..... kolejno ponumerowanych i podpisanych stronach.
  - 9) Załącznikami do niniejszej oferty są:
    - 1) .....
    - 2) .....
    - 3) .....
    - 4).....
- ....., dnia .....

*(podpis Przyjmującego Zamówienie)*

\*niepotrzebne skreślić

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA w Otwocku  
 ul. Bolesława Prusa 1/3  
 05-400 Otwock

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**

Nazwa/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie: .....  
 Adres Przyjmującego Zamówienie: .....

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie rehabilitacji medycznej****FORMULARZ CENOWY - zadanie nr 1**

Z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym,  
 Przyjmujący Zamówienie oferuje wynagrodzenie w wysokości:

Lp.	Nazwa świadczenia	Cena za godzinę (Wypełnia Oferent)
1.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej	

Udzielający Zamówienia dopuszcza złożenie oferty z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

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

.....  
 (podpis Przyjmującego Zamówienie)