

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

.....
pieczęć firmowa Oferenta z adresem

FORMULARZ OFERTY

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę medycyny pracy w Poradni Medycyny Pracy, Poradni Chorób Zawodowych, Poradni Konsultacyjnej Medycyny Pracy oraz Poradni dla Kierowców w siedzibie MWOMP w Płocku.

1. Dane o Oferencie:
(wypełnić **a, b, c lub d**)

a) dotyczy Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

Nazwa zakładu

Siedziba zakładu

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
.....

Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego

Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta

Telefon Fax

b) dotyczy przedsiębiorcy posiadającego status osoby prawnej

Nazwa zakładu

Siedziba zakładu

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
.....

Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego

Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta

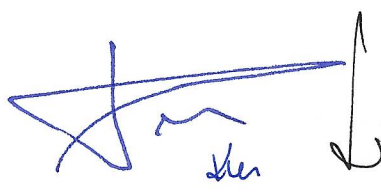
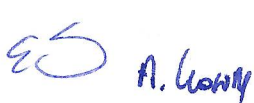
Telefon Fax

c) dotyczy przedsiębiorcy niebędącego osobą prawną

Nazwa zakładu

Siedziba zakładu

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
.....

.....
(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)

*Nazwa podmiotu posiadającego osobowość prawną, który utworzył podmiot leczniczy i adres jego siedziby oraz numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego

.....
.....
*lub nazwa innego podmiotu (wraz z ich adresem lub siedzibą), który utworzył podmiot leczniczy – w przypadku, gdy jest nim osoba fizyczna lub osoby fizyczne działające w formie spółki cywilnej oraz status wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej

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

Telefon Fax

* wypełnić właściwe

d) indywidualna lub grupowa praktyka lekarska

Imię i nazwisko oferenta (oferentów)

.....
Adres oferenta (oferentów) oraz adres gabinetu

.....
Telefon Fax

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską

Status wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

Numer prawa wykonywania zawodu

2. Oświadczenia Oferenta:

- 2.1 Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia Mazowieckiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy SP ZOZ w sprawie konkursu ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych dla MWOMP w siedzibie w Płocku.
- 2.2 Oświadczam, że wyrażam zgodę na związanie ofertą przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- 2.3 Oświadczam, że zapoznałem się z istotnymi postanowieniami umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń, a w przypadku wyboru mojej oferty podpiszę umowę na warunkach



.....
(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)

określonych w istotnych postanowieniach umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego po otrzymaniu pisma akceptującego o wyborze.

- 2.4 Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy do celów przeprowadzenia konkursu ofert i realizacji umowy w przypadku wyboru mojej oferty.

OFERTA CENOWA LEKARZA SPECJALISTY MEDYCYNY PRACY

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych

**dla MWOMP w Poradni Medycyny Pracy, Poradni Chorób Zawodowych,
Poradni Konsultacyjnej Medycyny Pracy oraz Poradni dla Kierowców w
siedzibie MWOMP w Płocku.**

1. Oferuję wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza specjalisty medycyny pracy dla MWOMP w Płocku za jednostkową stawkę godzinową w wysokości:brutto (słownie złotych:) za 1 godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych.
2. Oświadczam, że podana w ofercie jednostkowa stawka godzinowa nie ulegnie zmianie w okresie trwania umowy.
3. Wskazanie kwalifikacji zawodowych osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych:
.....
.....
.....
.....
4. Miejsce, dni i godziny udzielania świadczeń: siedziba MWOMP w Płocku, ul. Kolegialna 17, 3 razy w tygodniu przez 7 godzin w dniach i godzinach (z wyłączeniem sobót, niedziel, świąt i dni wolnych od pracy dla pracowników MWOMP w Płocku) w godzinach pracy Ośrodka (7²⁵-18).
5. Proponowany czas trwania umowy od dnia 1 stycznia 2024 r. do dnia 31 grudnia 2026 r.

Załącznikami do niniejszej Oferty są:

Kserokopie dokumentów poświadczające za zgodność z oryginałem potwierdzające:

- dane Oferenta wypełnione w punkcie 1 (a, b, c lub d) zgodne z otrzymanymi wytycznymi w sprawie sporządzenia oferty w konkursie ofert prowadzonym przez MWOMP na udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne;
- zawarcie umowy odpowiedzialności cywilnej oferenta;



ES

A. Kozłowski

.....
(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)

- kwalifikacje i uprawnienia lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych (dyplom lekarza, specjalizacja, prawo wykonywania zawodu lekarza, zaświadczenie o wpisie do rejestru lekarzy uprawnionych do wykonywania badań profilaktycznych i inne).

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.



.....
(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)

ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY

(na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza specjalisty medycyny pracy)

zawartej pomiędzy Mazowieckim Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy SP ZOZ z siedzibą w Płocku, 09-402 Płock, ul. Kolegialna 17, zwanym w treści umowy Zleceniodawcą, reprezentowanym przez

a

..... reprezentowanym przez
zwanym w dalszej części umowy Zleceniobiorcą, o następującej treści:

§ 1

W wyniku przeprowadzonego konkursu ofert z zachowaniem regulacji prawnych właściwych dla ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2023. poz. 991) Zleceniodawca powierza Zleceniobiorcy wykonanie świadczeń zdrowotnych.

§ 2

1. Przedmiotem umowy są ambulatoryjne świadczenia zdrowotne **lekarza specjalisty medycyny pracy** w Poradni Medycyny Pracy, Poradni Chorób Zawodowych, Poradni Konsultacyjnej Medycyny Pracy oraz Poradni dla Kierowców w siedzibie MWOMP w Płocku na rzecz pacjentów objętych opieką medyczną przez Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy SP ZOZ, zwane w dalszej części umowy przedmiotem umowy.
2. Szczegółowe obowiązki Zleceniobiorcy:
 - a) wykonywanie badań lekarskich i wydawanie orzeczeń pacjentom kierowanym do Poradni Medycyny Pracy, Poradni Chorób Zawodowych, Poradni Konsultacyjnej Medycyny Pracy oraz Poradni dla Kierowców na podstawie dokumentów wystawionych przez Rejestrację Zleceniodawcy,
 - b) prowadzenie na bieżąco wymaganej przepisami dokumentacji i sprawozdawczości,
 - c) przestrzeganie tajemnicy i etyki zawodowej oraz przepisów bhp i p.poż.
3. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w § 2 ust. 1, będą wykonywane w MWOMP w Płocku, ul. Kolegialna 17 – 3 razy w tygodniu, w wymiarze 7 godzin dziennie, w godzinach pracy MWOMP w Płocku (7.25-18.00), z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy i dni wolnych dla wszystkich pracowników MWOMP.
4. W okresie zwiększonego zapotrzebowania Zleceniodawcy na świadczenia zdrowotne lekarza specjalisty medycyny pracy, o których mowa w ust. 1, strony dopuszczają możliwość okresowego zwiększenia liczby godzin wykonywania świadczeń, maksymalnie o 28 godzin miesięcznie.
5. Zleceniobiorca jest zobowiązany do informowania Zleceniodawcy o każdej zamierzonej nieobecności z 7 dniowym wyprzedzeniem. W przypadku nagłych zdarzeń powodujących nieobecność ww. informację należy przekazać najpóźniej rano w dniu świadczenia usług.
6. Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność za rzetelność i prawidłowość wykonywanych badań oraz sporządzanie odpowiedniej dokumentacji medycznej (w tym dokumentacji elektronicznej) zgodnie z obowiązującymi przepisami i procedurami ISO obowiązującymi u Zleceniodawcy.
7. Zleceniobiorca zobowiązuje się do używania sprzętu i aparatury medycznej MWOMP zgodnie z jego właściwościami i przeznaczeniem tylko w celu wykonywania usług objętych niniejszą umową.
8. Zleceniobiorca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w odzieży ochronnej odpowiadającej wymogom określonym w powszechnie obowiązujących przepisach prawa dotyczących tej materii.

§ 3

1. Umowę zawiera się na czas określony od dnia **01 stycznia 2024 r. do dnia 31 grudnia 2026 roku**.
2. Umowa ulega rozwiązaniu:
 - a. z upływem czasu, na który była zawarta;
 - b. wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia liczonego na koniec miesiąca kalendarzowego;



25 Rafał A. Górecki

den

- c. wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.

§ 4

Strony zgodnie ustalają, co następuje:

1. Za wykonanie przedmiotu umowy Zleceniodawca będzie dokonywał płatności w okresach miesięcznych w kwocie stanowiącej iloczyn przepracowanych godzin i jednostkowej stawki godzinowej określonej w ofercie w wysokościzł brutto (słownie:złotych).
2. Zleceniobiorca w terminie do dnia 15-go każdego miesiąca następującego po miesiącu, w którym wykonano świadczenia zdrowotne, składa Zleceniodawcy, w Kancelarii MWOMP, fakturę wraz z wykazem informującym o ilości godzin wykonanych świadczeń oraz liczbą przyjętych pacjentów w danym miesiącu.
3. Faktura wystawiona będzie na: Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy, 09 – 402 Płock, ul. Kolegialna 17
NIP: 774 – 15 – 46 – 233.
4. Płatność będzie dokonywana przelewem w terminie 21 dni od daty dostarczenia dokumentów rozliczeniowych, na konto Zleceniobiorcy podane na fakturze.
5. Za datę zapłaty faktury uważać się będzie datę uznania rachunku Zleceniobiorcy.

§ 5

Zleceniodawca zastrzega sobie prawo kontroli Zleceniobiorcy w zakresie realizacji przedmiotu niniejszej umowy.

§ 6

Zleceniobiorca nie ma prawa powierzyć wykonania zadania osobom trzecim bez zgody Zleceniodawcy.

§ 7

1. Po tj. po dniu, do którego obowiązuje obecna umowa odpowiedzialności cywilnej, Zleceniobiorca obowiązany jest niezwłocznie przedstawić Zleceniodawcy kolejną umowę ubezpieczenia na okres do końca trwania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Jeśli okres ubezpieczenia będzie krótszy od okresu obowiązywania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych Zleceniobiorca jest zobowiązany przedstawić Zleceniodawcy w następnym roku kolejną umowę.
2. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.
3. Zmiany ustaleń warunków niniejszej umowy wymagają zgody stron w formie pisemnej.

§ 8


Umowa wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą obowiązującą od dnia **01 stycznia 2024 roku**.

§ 9

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

ZLECENIOBIORCA

ZLECENIODAWCA




RADCA PRAWNY
mgr Grzegorz Przybylski
Wa-P-84
Raluk

