



**OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH**  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65  
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08  
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



**Śląskie.**

Jednostka Ochrony Zdrowia  
Samorządu Województwa Śląskiego

*Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych o udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii podczas operacji zaćmy oraz konsultowania pacjentów na Oddziale Klinicznym Okulistyki z pododdziałem Okulistyki Dziecięcej przed operacją zaćmy w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w*

*Katowicach – s.p.z.o.z.*

*OPO/5/K/2024*

**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY  
W KONKURSIE NA UDZIELANIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

Niniejsza oferta jest składana w odpowiedzi na Konkurs Ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych ogłoszony w dniu 14.03.2024 r. roku przez Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach – s.p.z.o.z. z siedzibą w Katowicach, przy ulicy Panewnickiej nr 65, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000102533.

- 1. Podstawa prawna:** Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.).
- 2. Data złożenia oferty:** ..... 2024 r.
- 3. Oświadczenie:**  
Składając niniejszą ofertę oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
- 4. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:**

Lp.	Zakres	Cena jedn. brutto
1.	Jedno lekarskie świadczenie zdrowotne w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii podczas operacji usunięcia zaćmy na Oddziale Klinicznym z Pododdziałem okulistyki Dziecięcej w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach	..... PLN
2.	Jedna konsultacja pacjenta przed operacją zaćmy na Oddziale Klinicznym Okulistyki z Pododdziałem Okulistyki Dziecięcej w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach	..... PLN

- 5. Dane Oferenta:**  
Nazwa i siedziba podmiotu/ imię i nazwisko osoby legitymującej się nabyciem fachowych

str. 1



[www.kolejowy.katowice.pl](http://www.kolejowy.katowice.pl)



[sekretariat@kolejowy.katowice.pl](mailto:sekretariat@kolejowy.katowice.pl)



[/oskolejowy](https://www.facebook.com/oskolejowy)



**OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH**  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65  
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08  
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



*Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych o udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii podczas operacji zaćmy oraz konsultowania pacjentów na Oddziale Klinicznym Okulistyki z pododdziałem Okulistyki Dziecięcej przed operacją zaćmy w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.z.*  
*OPO/5/K/2024*

kwalfikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....  
.....

Adres:.....

.....  
.....

Numer wpisu do właściwego rejestru<sup>1</sup>:

.....

Organ dokonujący wpisu do rejestru:

.....

Oferta jest składana na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w zakresie ..... w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.z w godzinach ordynacji dziennej nie więcej niż 80 godzin.

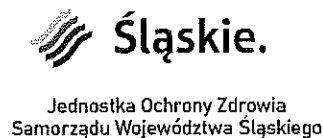
.....dnia.....

.....

Podpis Oferenta



**OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH**  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65  
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08  
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



*Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych o udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii podczas operacji zaćmy oraz konsultowania pacjentów na Oddziale Klinicznym Okulistyki z pododdziałem Okulistyki Dziecięcej przed operacją zaćmy w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.z.  
OPO/5/K/2024*

**Załącznik nr 2**

### OŚWIADCZENIE

#### O DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OFERENTA

Imię i nazwisko/ Nazwa prowadzonej działalności: .....

.....

Adres z kodem.....

NIP..... REGON..... PESEL .....

tel. .... fax,/ lub mail .....

Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do\*:

- Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem .....
- nie dotyczy.

Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do\*:

- Ewidencji Działalności Gospodarczej, prowadzonej przez .....  
..... pod numerem .....
- Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
- nie dotyczy.

.....dnia.....

.....  
podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu  
Oferenta

str. 3



[www.kolejowy.katowice.pl](http://www.kolejowy.katowice.pl)



[sekretariat@kolejowy.katowice.pl](mailto:sekretariat@kolejowy.katowice.pl)



[/oskolejowy](https://www.facebook.com/oskolejowy)



**OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH**  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65  
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08  
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych o udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii podczas operacji zaćmy oraz konsultowania pacjentów na Oddziale Klinicznym Okulistyki z pododdziałem Okulistyki Dziecięcej przed operacją zaćmy w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.z.  
OPO/5/K/2024

Załącznik nr 3

### OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko.....

Składając ofertę na.....

oświadczam, że:

1. zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
2. zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta, podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości wykonywanych świadczeń zdrowotnych;
3. świadczenia zdrowotne będące przedmiotem Konkursu Ofert będą wykonywane przez osobę posiadającą odpowiednie kwalifikacje, doświadczenie i uprawnienia do ich wykonywania zgodne z obowiązującymi w Polsce przepisami;
4. posiadam dyplom poświadczający:
  - a) wyższe wykształcenie medyczne nr .....
  - b) aktualne Prawo wykonywania zawodu nr ..... z dnia .....
5. świadczenia zdrowotne będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, z zachowaniem przepisów sanitarnych, ppoż., BHP z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie;
6. zobowiązuję się do zgodnego z zasadami ustalonymi u Udzielającego Zamówienie użytkowania otrzymanych do korzystania pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz innych środków i

str. 4



**OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH**  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65  
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08  
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



**Śląskie.**

Jednostka Ochrony Zdrowia  
Samorządu Województwa Śląskiego

*Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych o udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii podczas operacji zaćmy oraz konsultowania pacjentów na Oddziale Klinicznym Okulistyki z pododdziałem Okulistyki Dziecięcej przed operacją zaćmy w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.z.  
OPO/5/K/2024*

sprzętu niezbędnego do udzielenia świadczenia zdrowotnego;

- oświadczam, że nie posiadam zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

.....Dnia.....

.....  
podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu  
Oferenta





**OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH**  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65  
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08  
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



**Śląskie.**

Jednostka Ochrony Zdrowia  
Samorządu Województwa Śląskiego

*Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych o udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii podczas operacji zaćmy oraz konsultowania pacjentów na Oddziale Klinicznym Okulistyki z pododdziałem Okulistyki Dziecięcej przed operacją zaćmy w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.z.  
OPO/5/K/2024*

**Załącznik nr 4**

### OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko/ Nazwa prowadzonej działalności: .....

oświadczam, że kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej potwierdzająca objęcie ubezpieczeniem działalności będącej przedmiotem konkursu zostanie dostarczona przeze mnie do 14 dni od daty podpisania umowy.

..... dnia .....

.....

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu

Oferenta

str. 6



[www.kolejowy.katowice.pl](http://www.kolejowy.katowice.pl)



[sekretariat@kolejowy.katowice.pl](mailto:sekretariat@kolejowy.katowice.pl)



[/askolejowy](https://www.facebook.com/askolejowy)



**OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH**  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65  
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08  
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



**Śląskie.**

Jednostka Ochrony Zdrowia  
Samorządu Województwa Śląskiego

*Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych o udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii podczas operacji zaćmy oraz konsultowania pacjentów na Oddziale Klinicznym Okulistyki z pododdziałem Okulistyki Dziecięcej przed operacją zaćmy w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.z.*  
*OPO/5/K/2024*

**Załącznik nr 5**

### **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że z pełną starannością zapoznałam/-em się z warunkami konkursu, zdobyłam/-em konieczne informacje do przygotowania oferty i nie wnoszę żadnych uwag oraz podpiszę umowę na warunkach określonych w Projekcie Umowy stanowiącym Załącznik nr 7.

..... dnia .....

.....  
podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli  
w imieniu Oferenta



[www.kolejowy.katowice.pl](http://www.kolejowy.katowice.pl)



[sekretariat@kolejowy.katowice.pl](mailto:sekretariat@kolejowy.katowice.pl)



[/oskolejowy](https://www.facebook.com/oskolejowy)

*Wi*



**OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH**  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65  
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08  
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



*Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych o udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii podczas operacji zaćmy oraz konsultowania pacjentów na Oddziale Klinicznym Okulistyki z pododdziałem Okulistyki Dziecięcej przed operacją zaćmy w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.z.*  
*OPO/5/K/2024*

**Załącznik nr 6**

### **OŚWIADCZENIE**

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo imię i nazwisko osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....

Oświadczam, że nie ciąży na mnie prawomocne wyroki ani orzeczenia sądów powszechnych i zawodowych związanych z wykonywanym zawodem.\*

..... dnia .....

.....

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu  
Oferenta

\*W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą oświadczenie składają również osoby, które będą wykonywały świadczenia i zostały wskazane w załączniku nr 6A.

str. 8





**OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH**  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65  
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08  
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612



Jednostka Ochrony Zdrowia  
Samorządu Województwa Śląskiego

*Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych o udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii podczas operacji zaćmy oraz konsultowania pacjentów na Oddziale Klinicznym Okulistyki z pododdziałem Okulistyki Dziecięcej przed operacją zaćmy w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.z.*  
*OPO/5/K/2024*

**Załącznik nr 6A**

**Imienny wykaz osób, które będą udzielać świadczenia zdrowotne w ramach realizacji zamówienia w zakresie**

.....

Lp	Imię i Nazwisko	PESEL	Prawo wykonywania zawodu: nr i data	Wykształcenie	Specjalizacja: zakres, stopień i data uzyskania

..... dnia .....

.....  
podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu

Oferenta

