



Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II  
w Siedlcach  
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
Regon – 141944750 NIP – 821-257-76-07  
KRS – 0000336825  
08-110 Siedlce, ul. Poniatowskiego 26  
www.szpital.siedlce.pl kadry@szpital.siedlce.pl  
tel. 25 64 03 304 fax. 25 64 03 224

Siedlce, dnia 12 czerwca 2026 roku

Nr konkursu ofert: ZZ.1130.23.2026

### SZCZEGÓLNE WARUNKI KONKURSU OFERT

#### „Postępowanie o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii”

Załączniki:

1. Załącznik nr 1 - Formularz oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii (Zadanie 1).
2. Załącznik nr 2 - Formularz oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii (Zadanie 2).
3. Załącznik nr 3 - Formularz oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii (Zadanie 3).
4. Załącznik nr 4 - Projekt umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie neurochirurgii (Zadanie 1).
5. Załącznik nr 5 - Projekt umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie neurochirurgii (Zadanie 2, Zadanie 3).

ZATWIERDZIŁ

.....  
(pieczęć i podpis)



Szczegółowe warunki konkursu ofert (SWKO) określają zasady przeprowadzenia konkursu, jego przedmiot, podmioty uprawnione do składania ofert, wymagania stawiane oferentom, sposób przygotowania i złożenia ofert, tryb oraz kryteria wyboru najkorzystniejszej oferty, środki odwoławcze oraz inne niezbędne informacje dotyczące konkursu.

Postępowanie jest prowadzone w trybie konkursu ofert na świadczenia zdrowotne na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Do konkursu ofert stosuje się odpowiednio art. 140, art. 141, 146 ust. 1, art. 147 – 150, 151 ust. 1,2 i 4-6, art. 152, 153 i 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przeprowadza Komisja konkursowa zgodnie z „Regulaminem Komisji Konkursowej” obowiązującym u Udzielającego zamówienia.

## **I. UDZIELAJACY ZAMÓWIENIA**

Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o., ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 26, 08-110 Siedlce.

## **II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielanie pacjentom Spółki świadczeń zdrowotnych z zakresu neurochirurgii, przez osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych, spełniające warunki określone ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz odrębnych przepisach i zgodnie z wymaganiami określonymi w niniejszym dokumencie w rodzaju stacjonarne i całodobowe leczenie szpitalne oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna, służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonania, w następujących zadaniach:

### **Zadanie 1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii w Pododdziale Neuroortopedycznym, oraz kierowanie Pododdziałem Neuroortopedycznym wraz z zabezpieczeniem dostępności udzielania świadczeń zdrowotnych**

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii w Pododdziale Neuroortopedycznym,
- 2) kierowanie Pododdziałem Neuroortopedycznym wraz z zabezpieczeniem dostępności udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 3) udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii w Poradni Neurochirurgicznej,
- 4) udzielanie konsultacji neurochirurgicznych w oddziałach szpitalnych,
- 5) wykonywanie zabiegów operacyjnych wewnątrzczaszkowych,
- 6) wykonywanie zabiegów operacyjnych kręgosłupa,

### **Zadanie 2 Udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii, w tym w Poradni Neurochirurgicznej, konsultacji i zabiegów operacyjnych kręgosłupa**

- 1) udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii w Poradni Neurochirurgicznej,
- 2) udzielanie konsultacji neurochirurgicznych w oddziałach szpitalnych,
- 3) udzielanie konsultacji neuroradiologicznych w oddziałach szpitalnych,
- 4) wykonywanie zabiegów operacyjnych kręgosłupa,

**Zadanie 3 Wykonywanie zabiegów rozliczanych zgodnie z grupą JGP HK 14 - ablacyjne zabiegi przeciwbólowe na strukturach nerwów obwodowych oraz wykonywanie zabiegów rozliczanych zgodnie grupą JGP HK 16 – inne małe zabiegi w Pododdziale Neuroortopedycznym,**

- 1) wykonywanie zabiegów rozliczanych zgodnie z grupą JGP HK 14 - ablacyjne zabiegi przeciwbólowe na strukturach nerwów obwodowych
- 2) wykonywanie zabiegów rozliczanych zgodnie grupą JGP HK 16 – inne małe zabiegi

85121100-4 ogólne usługi lekarskie

85121200-5 specjalistyczne usługi medyczne

85112200-9 usługi leczenia ambulatoryjnego

2. Miejsce realizacji zamówienia: Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o., w szczególności Pododdział Neuroortopedyczny, Poradnia Neurochirurgiczna.
3. Termin wykonania zamówienia: od dnia podpisania umowy do 30 czerwca 2028 roku.
4. Udzielający zamówienia dopuszcza składania ofert częściowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii.
5. Przewidywana maksymalna liczba godzin objęta przedmiotem zamówienia - 640 godzin miesięcznie.
6. Postępowanie konkursowe dotyczy powierzenia udzielania świadczeń zdrowotnych przez: Zadanie 1 – 1 osobę, Zadanie 2 – 3 osoby, Zadanie 3 – 2 osoby.
7. Dopuszcza się możliwość złożenia oferty przez większą liczbę oferentów niż wskazano powyżej.

### **III. WARUNKI UDZIAŁU W KONKURSIE**

O udzielenie świadczeń zdrowotnych może ubiegać się podmiot/osoba, która:

- 1) spełnia wymagania określone w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 2) posiada udokumentowane kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza,
- 3) posiada dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie neurochirurgii,
- 4) posiada prawo wykonywania zawodu,
- 5) posiada wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
- 6) prowadzi Indywidualną Praktykę Lekarską lub Indywidualną Specjalistyczną Praktykę umożliwiającą wykonywanie świadczeń w zakładzie leczniczym oraz posiada wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- 7) posiada aktualne zaświadczenie lekarskie o zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych objętym postępowaniem konkursowym, wystawionego przez lekarza medycyny pracy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
- 8) posiada aktualne zaświadczenie o odbytych szkoleniach ogólnym z zakresu BHP i p.poż zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 9) posiada aktualne ubezpieczenie OC,

- 10) posiada zaświadczenie z ukończenia szkolenia/seminarium dla pracowników personelu medycznego z zakresu bhp przy stosowaniu urządzeń medycznych wytwarzających pola elektromagnetyczne w zakresie częstotliwości 0,1 -300 GHz – jeśli dotyczy,
- 11) posiada zaświadczenie o ukończenie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta,
- 12) nie była prawomocnie skazana 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 niej innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściła się takich czynów zabronionych lub za odpowiadające tym przestępstwu czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego,
- 13) nie jest zamieszczona 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.

#### **IV. WYMAGANE DOKUMENTY**

1. **Dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań określonych w pkt III, które należy złożyć wraz z ofertą:**
  - 1) aktualny odpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP,
  - 2) kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
  - 3) kserokopia dyplomu ukończenia studiów kierunkowych,
  - 4) kserokopia dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie neurochirurgii,
  - 5) kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza, kserokopia innych dokumentów potwierdzających tytuły naukowe lub inne formy kształcenia podyplomowego,
  - 6) kserokopia polisy OC,
  - 7) kserokopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o zdolności do udzielania świadczeń w zakresie objętym postępowaniem konkursowym, wystawionego przez lekarza medycyny pracy,
  - 8) kserokopia zaświadczenia z ukończenia szkolenia/seminarium dla pracowników personelu medycznego z zakresu bhp przy stosowaniu urządzeń medycznych wytwarzających pola elektromagnetyczne w zakresie częstotliwości 0,1 -300 GHz – jeśli dotyczy,
  - 9) kserokopia aktualnego zaświadczenia o odbytych szkoleniach ogólnym z zakresu BHP i p. poz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy,
  - 10) zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego, iż nie była prawomocnie skazana 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 niej innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściła się takich czynów zabronionych lub za odpowiadające tym przestępstwu czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.
2. W celu sprawdzenia autentyczności przedłożonych dokumentów Udzielający zamówienia może zażądać od Oferenta przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu.

#### **V. KRYTERIA OCENY OFERT**

1. **Udzielający zamówienia dokona oceny ofert złożonych w Zadaniu 1 według następujących kryteriów:**
  - 1) stawka (wyrażona w złotych) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii w Pododdziale Neuroortopedycznym - 10%  
Oferta z najniższą stawką otrzyma 10 pkt za stawkę. Pozostałe oferty Oferentów zostaną przeliczone stosownie do poniższego wzoru:

$$Op = \frac{\text{stawka oferty najkorzystniejszej}}{\text{stawka oferty badanej}} \times 10$$

Op – ocena punktowa

- 2) stawka (wyrażona w złotych) za 1 dobę kierowania Pododdziałem Neuroortopedycznym wraz z zabezpieczeniem dostępności udzielania świadczeń zdrowotnych - 10%,  
Oferta z najniższą stawką otrzyma 10 pkt za stawkę. Pozostałe oferty Oferentów zostaną przeliczone stosownie do poniższego wzoru:

$$Op = \frac{\text{stawka oferty najkorzystniejszej}}{\text{stawka oferty badanej}} \times 10$$

Op – ocena punktowa

- 3) % wartości punktowej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie neurochirurgii w Poradni Neurochirurgicznej – 20%  
Oferta z najniższą stawką otrzyma 20 pkt. Pozostałe oferty Oferentów zostaną przeliczone stosownie do poniższego wzoru:

$$Op = \frac{\text{stawka oferty najkorzystniejszej}}{\text{stawka oferty badanej}} \times 20$$

Op – ocena punktowa

- 4) stawka (wyrażona w złotych) za udzielenie konsultacji neurochirurgicznej w oddziałach szpitalnych – 20%  
Oferta z najniższą stawką otrzyma 20 pkt za stawkę. Pozostałe oferty Oferentów zostaną przeliczone stosownie do poniższego wzoru:

$$Op = \frac{\text{stawka oferty najkorzystniejszej}}{\text{stawka oferty badanej}} \times 20$$

Op – ocena punktowa

- 5) wykonywanie zabiegów operacyjnych wewnątrzczaszkowych- 20 %:
- a) stawka wyrażona w % wartości procedury za wykonywanie zabiegu operacyjnego wewnątrzczaszkowego – główny operator – pomniejszonej o koszt materiałów medycznych wykorzystywanych przy wykonywaniu powyższych procedur, przy czym wartość za 1 pkt wynosi 1 zł - 10%

Oferta z najniższą stawką otrzyma 10 pkt za stawkę. Pozostałe oferty Oferentów zostaną przeliczone stosownie do poniższego wzoru:

$$Op = \frac{\text{stawka oferty najkorzystniejszej}}{\text{stawka oferty badanej}} \times 10$$

Op – ocena punktowa

- b) % wartości procedury za wykonywanie zabiegu operacyjnego wewnątrzczaszkowego – asysta – pomniejszonej o koszt materiałów medycznych wykorzystywanych przy wykonywaniu powyższych procedur, przy czym wartość za 1 pkt wynosi 1 zł - 10%

Oferta z najniższą stawką otrzyma 10 pkt za stawkę. Pozostałe oferty Oferentów zostaną przeliczone stosownie do poniższego wzoru:

$$Op = \frac{\text{stawka oferty najkorzystniejszej}}{\text{stawka oferty badanej}} \times 10$$

Op – ocena punktowa

- 6) wykonywanie zabiegów operacyjnych kręgosłupa – 20% :

- a) % wartości procedury pomniejszonej o koszt implantu za wykonywanie zabiegu operacyjnego kręgosłupa – główny operator – przy czym wartość za 1 pkt wynosi 1 zł -10%

Oferta z najniższą stawką otrzyma 10 pkt za stawkę. Pozostałe oferty Oferentów zostaną przeliczone stosownie do poniższego wzoru:

$$Op = \frac{\text{stawka oferty najkorzystniejszej}}{\text{stawka oferty badanej}} \times 10$$

Op – ocena punktowa

- b) stawka wyrażona w % wartości procedury pomniejszonej o koszt implantu za wykonywanie zabiegu operacyjnego kręgosłupa – asysta – przy czym wartość za 1 pkt wynosi 1 zł- 10%

Oferta z najniższą stawką otrzyma 10 pkt za stawkę. Pozostałe oferty Oferentów zostaną przeliczone stosownie do poniższego wzoru:

$$Op = \frac{\text{stawka oferty najkorzystniejszej}}{\text{stawka oferty badanej}} \times 10$$

Op – ocena punktowa

Max wartość punktowa oferty = 100 pkt.

Dla powyższych kryteriów oceny ofert Udzielający Zamówienia będzie obliczał wartość punktową w oparciu o następujący wzór: 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 = wartość punktowa oferty.

Jako najkorzystniejsza zostanie wybrana oferta, w której Oferent spełnił warunki udziału w postępowaniu oraz której zostaną przyznane najwyższe liczby punktów na podstawie kryteriów oceny ofert.

Punkty za stawkę dla oferty badanej będą zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku i będą stanowić końcową ocenę oferty badanej.

**2. Udzielający zamówienia dokona oceny ofert złożonych w Zadaniu 2 według następujących kryteriów:**

- 1) % wartości punktowej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie neurochirurgii w Poradni Neurochirurgicznej – 20%

Oferta z najniższą stawką otrzyma 20 pkt. Pozostałe oferty Oferentów zostaną przeliczone stosownie do poniższego wzoru:

$$Op = \frac{\text{stawka oferty najkorzystniejszej}}{\text{stawka oferty badanej}} \times 20$$

Op – ocena punktowa

- 2) stawka (wyrażona w złotych) za udzielenie konsultacji neurochirurgicznej w oddziałach szpitalnych – 20%

Oferta z najniższą stawką otrzyma 20 pkt za stawkę. Pozostałe oferty Oferentów zostaną przeliczone stosownie do poniższego wzoru:

$$Op = \frac{\text{stawka oferty najkorzystniejszej}}{\text{stawka oferty badanej}} \times 20$$

Op – ocena punktowa

- 3) stawka (wyrażona w złotych) za udzielenie konsultacji neuroradiologicznej w oddziałach szpitalnych – 20%

Oferta z najniższą stawką otrzyma 20 pkt za stawkę. Pozostałe oferty Oferentów zostaną przeliczone stosownie do poniższego wzoru:

$$Op = \frac{\text{stawka oferty najkorzystniejszej}}{\text{stawka oferty badanej}} \times 20$$

Op – ocena punktowa

- 4) wykonywanie zabiegów operacyjnych kręgosłupa – 40% :

- a) % wartości procedury pomniejszonej o koszt implantu za wykonywanie zabiegu operacyjnego kręgosłupa – główny operator – przy czym wartość za 1 pkt wynosi 1 zł - 20%

Oferta z najniższą stawką otrzyma 20 pkt za stawkę. Pozostałe oferty Oferentów zostaną przeliczone stosownie do poniższego wzoru:

$$Op = \frac{\text{stawka oferty najkorzystniejszej}}{\text{stawka oferty badanej}} \times 20$$

Op – ocena punktowa

- b) stawka wyrażona w % wartości procedury pomniejszonej o koszt implantu za wykonywanie zabiegu operacyjnego kręgosłupa – asysta – przy czym wartość za 1 pkt wynosi 1 zł - 20%

Oferta z najniższą stawką otrzyma 20 pkt za stawkę. Pozostałe oferty Oferentów zostaną przeliczone stosownie do poniższego wzoru:

$$Op = \frac{\text{stawka oferty najkorzystniejszej}}{\text{stawka oferty badanej}} \times 10$$

Op – ocena punktowa

Max wartość punktowa oferty = 100 pkt.

Dla powyższych kryteriów oceny ofert Udzielający Zamówienia będzie obliczał wartość punktową w oparciu o następujący wzór: 1 + 2 + 3 + 4 = wartość punktowa oferty.

Jako najkorzystniejsza zostanie wybrana oferta, w której Oferent spełnił warunki udziału w postępowaniu oraz której zostaną przyznane najwyższe liczby punktów na podstawie kryteriów oceny ofert.

Punkty za stawkę dla oferty badanej będą zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku i będą stanowić końcową ocenę oferty badanej.

**3. Udzielający zamówienia dokona oceny ofert złożonych w Zadaniu 3 według następujących kryteriów:**

- 1) stawka (wyrażona w złotych) za wykonanie zabiegu rozliczanego zgodnie z grupą JGP HK14 - ablacyjne zabiegi przeciwbólowe na strukturach nerwów obwodowych – 50 %

Oferta z najniższą stawką otrzyma 50 pkt za stawkę. Pozostałe oferty Oferentów zostaną przeliczone stosownie do poniższego wzoru:

$$Op = \frac{\text{stawka oferty najkorzystniejszej}}{\text{stawka oferty badanej}} \times 50$$

Op – ocena punktowa

- 2) stawka (wyrażona w złotych) za wykonanie zabiegu rozliczanego zgodnie z grupą JGP HK16 – inne małe zabiegi – 50 %

Oferta z najniższą stawką otrzyma 50 pkt za stawkę. Pozostałe oferty Oferentów zostaną przeliczone stosownie do poniższego wzoru:

$$Op = \frac{\text{stawka oferty najkorzystniejszej}}{\text{stawka oferty badanej}} \times 50$$

Op – ocena punktowa

Max wartość punktowa oferty = 100 pkt.

Dla powyższych kryteriów oceny ofert Udzielający Zamówienia będzie obliczał wartość punktową w oparciu o następujący wzór: 1 + 2 = wartość punktowa oferty.

Jako najkorzystniejsze zostaną wybrane oferty, w których Oferenci spełnili warunki udziału w postępowaniu oraz którym zostaną przyznane najwyższe liczby punktów na podstawie kryteriów oceny ofert.

Punkty za stawkę dla oferty badanej będą zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku i będą stanowić końcową ocenę oferty badanej.

Umowy zostaną zawarte z oferentami wybranymi w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego, po:

- 1) ujemnej weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, co następuje na podstawie udostępnionych przez oferenta danych, zgodnych z § 14 Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 lipca 2017 r. w sprawie trybu, sposobu i zakresu uzyskiwania i udostępniania informacji z Rejestru z dostępem ograniczonym oraz sposobu zakładania konta użytkownika,
- 2) przedłożeniu najpóźniej w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych informacji i oświadczeń, o których mowa w Załączniku Nr 1 do „Szczegółowych warunków konkursu ofert”.

## **VI. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Ofertę należy złożyć na zgodnie z wymaganiami określonymi w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert” na formularzu ofertowym zgodnie ze wzorem stanowiącym odpowiednio Załącznik nr 1, Załączniki nr 2, Załącznik nr 3.
2. Oferta powinna zawierać wszystkie dokumenty i załączniki określone w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.
3. Ofertę podpisuje Oferent lub osoba przez niego upoważniona na podstawie pełnomocnictwa złożonego w oryginale w formie pisemnej, poświadczonego notarialnie.
4. Miejsca w ofercie, w których naniesione zostały poprawki, podpisuje Oferent lub osoba, o której mowa w pkt 3. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego czytelnego zapisu poprawnego.
5. Dokumenty składające się na ofertę muszą być złożone w oryginale lub kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Oferenta.

## **VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT**

1. Ofertę należy złożyć w siedzibie Udzielającego zamówienia, pokój Nr 136 – Dział Zarządzania Zasobami Ludzkimi, w zamkniętej, nieprzezroczystej kopercie lub innym opakowaniu, uniemożliwiającym zapoznanie się z jej treścią przed otwarciem.
2. Koperta powinna posiadać oznaczenie:

**„Konkurs ofert – udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii ” Zadanie 1  
i/lub**

**„Konkurs ofert – udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii ” Zadanie 2  
i/lub**

**„Konkurs ofert – udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii ” Zadanie 3**

oraz nazwę i adres Oferenta, aby Ofertę można było odesłać nie otwartą w przypadku złożenia Oferty po terminie.

3. **Termin składania ofert** upływa w dniu **19 czerwca 2026 roku, o godz. 12.00**
4. **Otwarcie ofert** nastąpi w dniu **19 czerwca 2026 roku, o godz. 14.00 w pok. nr 136** w siedzibie Udzielającego zamówienia.
5. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.

## **VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Udzielającemu zamówienia przysługuje prawo do przesunięcia terminu składania ofert, odwołania lub unieważnienia konkursu na podstawie art. 150 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także do negocjacji cen i wyboru większej liczby ofert celem realizacji całości zamówienia oraz dla zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie możliwość wyboru takiej ilości ofert, aby móc zrealizować wszystkie wymogi ilościowe i jakościowe wykonywania świadczeń zdrowotnych określone przez NFZ.
3. Oferentowi przysługuje prawo składania protestów i odwołań dotyczących konkursu zgodnie z zasadami określonymi w art. 152, 153 oraz 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. Z wybranymi Oferentami Udzielający zamówienia, po upływie terminu przewidzianego na środki ochrony prawnej, podpisze umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodną ze wzorem stanowiącym odpowiedni załącznik.
5. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od daty wskazanej jako termin składania ofert.
6. W związku z wymogami art. 24 oraz art. 25 ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o. o. z siedzibą w Siedlcach wdrożył procedurę dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych, zawierającą: rodzaje naruszeń prawa podlegające zgłoszeniom, osoby odpowiedzialne za przyjmowanie zgłoszeń wewnętrznych; zasady zgłaszania informacji o naruszeniach prawa i podejmowania działań następczych; warunki objęcia ochroną sygnalistów zgłaszających informacje o naruszeniach prawa; środki ochrony sygnalistów; tryb dokonywania zgłoszeń zewnętrznych. Pełna treść wyżej wymienionego dokumentu dostępna na stronie internetowej Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o. o. z siedzibą w Siedlcach.

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ZAKRESIE NEUROCHIRURGII W PODODDZIALE NEUROORTOPEDYCZNYM, ORAZ KIEROWANIE  
PODODDZIAŁEM NEUROORTOPEDYCZNYM WRAZ Z ZABEZPIECZENIEM DOSTĘPNOŚCI  
UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**ZADANIE 1**

Imię: .....  
Nazwisko: .....  
PESEL:.....  
Adres zamieszkania: .....  
Nr telefonu: ..... e-mail : .....  
Nazwa firmy:.....  
NIP:.....REGON:.....  
Nr z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:.....  
Nr prawa wykonywania zawodu: .....  
Adres prowadzenia praktyki lekarskiej/ działalności gospodarczej: .....  
Stopień i zakres specjalizacji.....  
Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki/działalności gospodarczej):  
.....

**Udzielający zamówienia**

**Mazowiecki Szpital Wojewódzki  
im. św. Jana Pawła II w Siedlcach  
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
ul. Poniatowskiego 26  
08-110 Siedlce**

**Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. w zakresie neurochirurgii, na warunkach określonych w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert” opracowanych dla potrzeb niniejszego konkursu, proponuję następujące stawki:**

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii w Pododdziale Neuroortopedycznym w wymiarze co najmniej .....godzin miesięcznie za stawkę w wysokości: .....zł brutto (słownie: ..... ) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 2) kierowanie Pododdziałem Neuroortopedycznym wraz z zabezpieczeniem dostępności udzielania świadczeń zdrowotnych za stawkę w wysokości: .....zł brutto (słownie: ..... ) za 1 dobę,
- 3) udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii w Poradni Neurochirurgicznej za stawkę .....% wartości punktowej,
- 4) udzielanie konsultacji neurochirurgicznych w oddziałach szpitalnych za stawkę w wysokości: .....zł brutto (słownie: ..... ) za konsultację neurochirurgiczną,
- 5) wykonywanie zabiegu operacyjnego wewnątrzczaszkowego – główny operator – za stawkę .....% wartości procedury, pomniejszonej o koszt materiałów medycznych wykorzystywanych przy wykonywaniu powyższych procedur, przy czym wartość za 1 pkt wynosi 1 zł
- 6) wykonywanie zabiegu operacyjnego wewnątrzczaszkowego – asysta – za stawkę .....% wartości procedury, pomniejszonej o koszt materiałów medycznych wykorzystywanych przy wykonywaniu powyższych procedur, przy czym wartość za 1 pkt wynosi 1 zł,

- 7) wykonywanie zabiegu operacyjnego kręgosłupa – główny operator – za stawkę .....% wartości procedury pomniejszonej o koszt implantu, przy czym wartość za 1 pkt wynosi 1 zł
- 8) wykonywanie zabiegu operacyjnego kręgosłupa – asysta – za stawkę .....% wartości procedury pomniejszonej o koszt implantu, przy czym wartość za 1 pkt wynosi 1 zł.

**Oświadczam, że:**

- 1) zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Regulaminem Konkursu Ofert”, projektem umowy, akceptuję je w pełnym zakresie i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
- 2) spełniam wymagania określone w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”,
- 3) zapoznałem/am się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonywania usług objętych przedmiotem zamówienia,
- 4) posiadam kwalifikacje niezbędne do wykonywania świadczeń objętych przedmiotem zamówienia,
- 5) wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym (stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty),
- 6) dane przedstawione w ofercie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym,
- 7) spełniam warunek określony w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 8) posiadam uprawnienia do świadczenia usług zdrowotnych zgodnie z odrębnymi przepisami, a zakres oferowanych przeze mnie usług jest zgodny z treścią wpisu do rejestru,
- 9) nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywana zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów,
- 10) nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
- 11) nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- 12) posiadam kwalifikacje zawodowe i uprawnienia odpowiadające rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem zamówienia,
- 13) w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 14) nie będę prowadził działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienia w czasie wyznaczonym na realizację zadań objętych przedmiotem umowy,
- 15) samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym,
- 16) wyrażam zgodę na pracę w systemie dyżurowym,
- 17) nie jestem zamieszczony/a 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,
- 18) nie byłem/em prawomocnie skazana/y 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 niej innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściła się takich czynów zabronionych lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego,
- 19) udzielam/ nie udzielam\* świadczeń zdrowotnych w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej i najpóźniej w dniu podpisania umowy, której dotyczy niniejsze postępowanie zobowiązuję się złożyć w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. wniosek o rozwiązanie łączącej mnie z Mazowieckim Szpitalem Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron, jeżeli nowa umowa realizowana będzie w tożsamym zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.

**Zobowiązuję się do dostarczenia najpóźniej w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych:**

- 1) informacji z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy osób posiadających obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska,
- 2) oświadczenia o państwie lub państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz przedłożenia informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa/ państwa lub państw, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,
- 3) oświadczenia, iż prawo w państwie obywatelstwa lub prawo w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa nie przewiduje sporządzania informacji z rejestrów karnych lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego – jeżeli dotyczy
- 4) oświadczenia, iż nie byłam/ nie byłem prawomocnie skazany w państwie obywatelstwa/ w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa 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/dopuściłem 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 – jeżeli dotyczy

W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w projekcie umowy przedstawionej w „Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert”, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.

Do oferty dołączam następujące dokumenty:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....
- 6) .....
- 7) .....
- 8) .....
- 9) .....

.....  
miejsowość, data

.....  
(pieczęć i podpis Oferenta)

**OFERTA NA UDZIELANIE**  
**AMBULATORYJNYCH SPECJALISTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE**  
**NEUROCHIRURGII, W TYM W PORADNI NEUROCHIRURGICZNEJ, KONSULTACJI I ZABIEGÓW**  
**OPERACYJNYCH KRĘGOSŁUPA**  
**ZADANIE 2**

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL:.....

Adres zamieszkania: .....

Nr telefonu: .....e-mail : .....

Nazwa firmy:.....

NIP:.....REGON:.....

Nr z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:.....

Nr prawa wykonywania zawodu: .....

Adres prowadzenia praktyki lekarskiej/ działalności gospodarczej: .....

Stopień i zakres specjalizacji.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki/działalności gospodarczej):

.....

**Udzielający zamówienia**

**Mazowiecki Szpital Wojewódzki**  
**im. św. Jana Pawła II w Siedlcach**  
**Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**  
**ul. Poniatowskiego 26**  
**08-110 Siedlce**

**Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. w zakresie neurochirurgii, na warunkach określonych w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert” opracowanych dla potrzeb niniejszego konkursu, proponuję następujące stawki:**

- 1) udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii w Poradni Neurochirurgicznej za stawkę .....% wartości punktowej,
- 2) udzielanie konsultacji neurochirurgicznych w oddziałach szpitalnych za stawkę w wysokości: .....zł brutto (słownie: .....) za konsultację neurochirurgiczną,
- 3) udzielanie konsultacji neuroradiologicznych w oddziałach szpitalnych za stawkę w wysokości: .....zł brutto (słownie: .....) za konsultację neuroradiologiczną,
- 4) wykonywanie zabiegu operacyjnego kręgosłupa – główny operator – za stawkę .....% wartości procedury pomniejszonej o koszt implantu, przy czym wartość za 1 pkt wynosi 1 zł,
- 5) wykonywanie zabiegu operacyjnego kręgosłupa – asysta – za stawkę .....% wartości procedury pomniejszonej o koszt implantu, przy czym wartość za 1 pkt wynosi 1 zł.

**Oświadczam, że:**

- 1) zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Regulaminem Konkursu Ofert”, projektem umowy, akceptuję je w pełnym zakresie i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
- 2) spełniam wymagania określone w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”,
- 3) zapoznałem/am się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonywania usług objętych przedmiotem zamówienia,
- 4) posiadam kwalifikacje niezbędne do wykonywania świadczeń objętych przedmiotem zamówienia,
- 5) wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym (stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty),
- 6) dane przedstawione w ofercie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym,
- 7) spełniam warunek określony w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 8) posiadam uprawnienia do świadczenia usług zdrowotnych zgodnie z odrębnymi przepisami, a zakres oferowanych przeze mnie usług jest zgodny z treścią wpisu do rejestru,
- 9) nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywana zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów,
- 10) nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
- 11) nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- 12) posiadam kwalifikacje zawodowe i uprawnienia odpowiadające rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem zamówienia,
- 13) w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 14) nie będę prowadził działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienia w czasie wyznaczonym na realizację zadań objętych przedmiotem umowy,
- 15) samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym,
- 16) wyrażam zgodę na pracę w systemie dyżurowym,
- 17) nie jestem zamieszczony/a 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,
- 18) nie byłem/em prawomocnie skazana/y 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 niej innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściła się takich czynów zabronionych lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego,
- 19) udzielam/ nie udzielam\* świadczeń zdrowotnych w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej i najpóźniej w dniu podpisania umowy, której dotyczy niniejsze postępowanie zobowiązuję się złożyć w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. wniosek o rozwiązanie łączącej mnie z Mazowieckim Szpitalem Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron, jeżeli nowa umowa realizowana będzie w tożsamym zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.

**Zobowiązuję się do dostarczenia najpóźniej w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych:**

- 1) informacji z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności

zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy osób posiadających obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska,

- 2) oświadczenia o państwie lub państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz przedłożenia informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa/ państwa lub państw, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,
- 3) oświadczenia, iż prawo w państwie obywatelstwa lub prawo w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa nie przewiduje sporządzania informacji z rejestrów karnych lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego – jeżeli dotyczy
- 4) oświadczenia, iż nie byłam/ nie byłem prawomocnie skazany w państwie obywatelstwa/ w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa 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/dopuściłem 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 – jeżeli dotyczy

W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w projekcie umowie przedstawionej w „Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert”, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.

Do oferty dołączam następujące dokumenty:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....
- 6) .....
- 7) .....
- 8) .....
- 9) .....
- 10) .....
- 11).....

.....  
miejsowość, data

.....  
(pieczęć i podpis Oferenta

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ZAKRESIE NEUROCHIRURGII - WYKONYWANIE ZABIEGÓW ROZLICZANYCH ZGRUPĄ JGP HK 14  
- ABLACYJNE ZABIEGI PRZECIWBÓLOWE NA STRUKTURACH NERWÓW OBWODOWYCH ORAZ  
WYKONYWANIE ZABIEGÓW ROZLICZANYCH ZGRUPĄ JGP HK 16 – INNE MAŁE ZABIEGI  
W PODODDZIALE NEUROORTOPEDYCZNYM  
ZADANIE 3**

Imię: .....  
Nazwisko: .....  
PESEL:.....  
Adres zamieszkania: .....  
Nr telefonu: .....e-mail : .....  
Nazwa firmy:.....  
NIP:.....REGON:.....  
Nr z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:.....  
Nr prawa wykonywania zawodu: .....  
Adres prowadzenia praktyki lekarskiej/ działalności gospodarczej: .....  
Stopień i zakres specjalizacji.....  
Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki/działalności gospodarczej):  
.....

**Udzielający zamówienia**  
**Mazowiecki Szpital Wojewódzki**  
**im. św. Jana Pawła II w Siedlcach**  
**Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**  
**ul. Poniatowskiego 26**  
**08-110 Siedlce**

**Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. w zakresie neurochirurgii, na warunkach określonych w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert” opracowanych dla potrzeb niniejszego konkursu, proponuję następujące stawki:**

- 1) wykonanie zabiegu rozliczanego zgodnie z grupą JGP HK 14 – ablacyjne zabiegi przeciwbólowe na strukturach nerwów obwodowych za stawkę w wysokości: .....zł brutto (słownie ..... ) za zabieg,
- 2) wykonanie zabiegu rozliczanego zgodnie z grupą JGP HK 16 – inne małe zabiegi za stawkę w wysokości: .....zł brutto (słownie ..... ) za zabieg.

**Oświadczam, że:**

- 1) zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Regulaminem Konkursu Ofert”, projektem umowy, akceptuję je w pełnym zakresie i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
- 2) spełniam wymagania określone w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”,
- 3) zapoznałem/am się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonywania usług objętych przedmiotem zamówienia,
- 4) posiadam kwalifikacje niezbędne do wykonywania świadczeń objętych przedmiotem zamówienia,

- 5) wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym (stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty),
- 6) dane przedstawione w ofercie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym,
- 7) spełniam warunek określony w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 8) posiadam uprawnienia do świadczenia usług zdrowotnych zgodnie z odrębnymi przepisami, a zakres oferowanych przeze mnie usług jest zgodny z treścią wpisu do rejestru,
- 9) nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywana zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów,
- 10) nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
- 11) nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- 12) posiadam kwalifikacje zawodowe i uprawnienia odpowiadające rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem zamówienia,
- 13) w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 14) nie będę prowadził działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienia w czasie wyznaczonym na realizację zadań objętych przedmiotem umowy,
- 15) samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym,
- 16) wyrażam zgodę na pracę w systemie dyżurowym,
- 17) nie jestem zamieszczony/a 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,
- 18) nie byłem/em prawomocnie skazana/y 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 niej innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściła się takich czynów zabronionych lub za odpowiadające tym przestępstwu czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego,
- 19) udzielam/ nie udzielam\* świadczeń zdrowotnych w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej i najpóźniej w dniu podpisania umowy, której dotyczy niniejsze postępowanie zobowiązuję się złożyć w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. wniosek o rozwiązanie łączącej mnie z Mazowieckim Szpitalem Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron, jeżeli nowa umowa realizowana będzie w tożsamym zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.

**Zobowiązuję się do dostarczenia najpóźniej w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych:**

- 1) informacji z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy osób posiadających obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska,
- 2) oświadczenia o państwie lub państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz przedłożenia informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa/ państwa lub państw, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu

ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,

- 3) oświadczenia, iż prawo w państwie obywatelstwa lub prawo w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa nie przewiduje sporządzania informacji z rejestrów karnych lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego – jeżeli dotyczy
- 4) oświadczenia, iż nie byłam/ nie byłem prawomocnie skazany w państwie obywatelstwa/ w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo 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 dopuściłam/dopuściłem 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 – jeżeli dotyczy

W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w projekcie umowy przedstawionej w „Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert”, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.

Do oferty dołączam następujące dokumenty:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....
- 6) .....
- 7) .....
- 8) .....
- 9) .....
- 10) .....
- 11).....

.....  
miejscowość, data

.....  
(pieczęć i podpis Oferenta)