Załącznik nr 1 do „Szczegółowych warunków konkursu ofert" na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Łódź, dnia 09.11.2026r.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Centralny Szpital Kliniczny
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Pomorska 251
92-213 Łódź

O F E R TA
Na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy przez okres 3 lat w rodzaju:
(CPV 85150000-5 usługi obrazowania medycznego)
w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej z uwzględnieniem czynności z zakresu pełnienia funkcji osoby kierującej Pracownią Ultrasonografii i Pracownią Mammografii w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

A. <u>Wypełnia Oferent prowadzący działalność gospodarczą</u>

Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Zawód	
Nr prawa wykonywania zawodu	
Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji)	
Nr dokumentu specjalizacji	
Numer księgi rejestrowej	
Firma przedsiębiorcy	
Adres zamieszkania	
NIP	
REGON	
Adres indywidualnej praktyki lekarskiej	
Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki)	
Telefon	
Numer rachunku bankowego	
Adres e-mail	

Oświadczam, że zarówno w dniu złożenia oferty, jak i w dniu zawarcia umowy pozostaję / nie pozostaję w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia.	☐ pozostaję ☐ nie pozostaję

Oferent zobowiązany jest do bieżącej aktualizacji powyższych danych w okresie trwania umowy.

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy na okres 3 lat w rodzaju (CPV 85150000-5 usługi obrazowania medycznego)
w zakresie:
radiologii i diagnostyki obrazowej z uwzględnieniem czynności z zakresu
pełnienia funkcji osoby kierującej Pracownią Ultrasonografii i Pracownią Mammografii w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem

Oferent proponuje następujące warunki wynagrodzenia:

- stawka ……zł brutto miesięcznie (słownie:……), za pełnienie funkcji osoby kierującej zespołem Pracowni Mammografii CSK,
- stawka ……zł brutto miesięcznie (słownie:……), za pełnienie funkcji osoby kierującej zespołem Pracowni USG Zakładu Diagnostyki Obrazowej CSK.

- stawki za podane poniżej procedury:

<u>Świadczenie usług w ZDO CKD</u>

RTG

zmiany dzienne zwykłe tj. pn. – pt. (godz. 8:00 – 14:00; 14:00 – 20:00) płatne wg stawki godzinowej **…… zł** brutto oraz badania ponad limitowe wg stawek:

a. …… zł brutto

(powyżej 50 badań – badania ponad limitowe)

USG

zmiany dzienne zwykłe tj. pn. – pt. (godz. 8:00 – 14:00; 14:00 – 20:00) płatne wg stawki godzinowej **…… zł** brutto oraz badania ponad limitowe wg stawek:

a. USG - **…… zł** brutto

(powyżej 20 badań - badania ponad limitowe)

USG - Doppler

zmiany dzienne zwykłe tj. pn. - pt. (godz. 8:00 – 14:00; 14:00 – 20:00) płatne za każde badanie wg stawki:

a. USG-D naczyń szyjnych – **…… zł** brutto
b. USG-D tt. szyjnych - ……zł brutto
c. USG-D naczyń kończyn dolnych jedna kończyna układ tętniczy – **…… zł** brutto
d. USG-D naczyń kończyn dolnych jedna kończyna układ żylny – **…… zł** brutto
e. USG-D naczyń kończyn dolnych dwie kończyny układ tętniczy - **…… zł** brutto
f. USG-D naczyń kończyn dolnych dwie kończyny układ żylny – **…… zł** brutto
g. USG-D naczyń kończyn dolnych dwie kończyny układ tętniczy i żylny – **…… zł** brutto
h. USG-D tt. nerkowych – **…… zł** brutto
i. USG-D u. wrotnego – **…… zł** brutto

j. USG-D przetok – **..... zł** brutto

TK

zmiany dzienne zwykłe tj. pn. – pt. (godz. 8:00 – 14:00; 14:00 – 20:00) płatne wg stawki godzinowej **..... zł** brutto oraz badania ponad limitowe wg stawek:

a. jedna okolica – **..... zł** brutto
b. dwie okolice – **..... zł** brutto
c. trzy okolice – **..... zł** brutto
d. angio -TK jedna okolica – **..... zł** brutto
e. angio -TK dwie okolice / TAVI – **..... zł** brutto
f. angio -TK trzy okolice – **..... zł** brutto
g. serce – **..... zł** brutto
h. uraz wielonarządowy – **..... zł** brutto
i. perfuzja – **..... zł** brutto

(powyżej 14 badań – badania ponad limitowe)

RM

zmiany dzienne zwykłe tj. pn. – pt. (godz. 8:00 – 14:00; 14:00 – 20:00) płatne wg stawki godzinowej **..... zł** brutto oraz badania ponad limitowe wg stawek:

a. jedna okolica – **..... zł** brutto
b. dwie okolice – **..... zł** brutto
c. trzy okolice – **..... zł** brutto
d. badanie serca – **..... zł** brutto
e. badania zaawansowane np. spectro, fMRI - **..... zł** brutto
f. badania o podwyższonym poziomie trudności (badania stawów z wyłączeniem kręgosłupa oraz stawów krzyżowo-biodrowych, badania prostaty, onkologiczne badania szyi/twarzoczaszki, badania jamy brzusznej i miednicy:

- jedna okolica - .....zł brutto
- dwie okolice - .....zł brutto
- trzy okolice - .....zł brutto

(powyżej 8 badań – badania ponadlimitowe)

Konsultacja badań onkologicznych wykonanych poza Zakładem Diagnostyki Obrazowej-..... zł brutto.

DYŻURY

Dyżury zwykłe nocne tj. pn. – pt. tj. 20.00 - 8.00 - stawka godzinowa **..... zł** brutto i dodatkowo za każde badanie wg stawek jw.

Dyżury weekendowe i świąteczne - stawka godzinowa **..... zł** brutto i dodatkowo za każde badanie wg stawek jw.

Procedury radiologii zabiegowej

PROCEDURY WEWNĄTRZNACZYNIOWE :	j.m.	Operator (zł brutto)	Asysta (zł brutto)
A) Diagnostyczne:			
Arteriografia: mózgowa (CCA,VA), tt. Kończyn, tt. trzewnych, tt. miednicy, łuku aorty, tt. nerkowych,	szt		
Wenografia	szt		
B) Zabiegi na naczyniach obwodowych, trzewnych:			
Zabiegi: plastyka balonowa i/lub Stent; cewnik do trombolizy	szt		
C) zabiegi na tt. domózogowych i łuku aorty:			
angioplastyka lub implantacja stentu z użyciem neuroprotekcji	szt		
D) Różne zabiegi:			
Implantacja filtra do żyły głównej dolnej (VCI)	szt		
Embolizacja (narządu, guza, krwawienia)	szt		
Embolizacja żylaków (powrózka/żył miednicy)	szt		
Embolizacja naczyniaka obwodowego/tętniaka np. tt trzewnych	szt		
Chemoembolizacja TACE	szt		
Usuwanie ciała obcego z układu naczyniowego	szt		
Inne nietypowe procedury wewnątrznaczyniowe	szt		
E) Zabiegi Neuroradiologii zabiegowej			
Embolizacja tętniaka wewnątrzczaszkowego przy użyciu spiral	szt		
Embolizacja naczyniaka wewnątrzczaszkowego	szt		
Implantacja stentu mózgowego	szt		
Trombektomia mechaniczna w udarach mózgu	szt		

PROCEDURY ZABIEGOWE POD KONTROLĄ USG/TK/SKOPII:	j.m.	Operator (zł brutto)
A) Zabiegi pod kontrolą USG		
Biopsja cienkoigłowa (BACC)	szt	
Biopsja gruboigłowa (BGC)	szt	
Nakłucie jamy ciała (opłucnej, otrzewnej)	szt	
Drenaż jamy ciała (opłucnej, otrzewnej)	szt	
Drenaż patologicznych zbiorników	szt	
Drenaż dróg żółciowych	szt	
Ablacja	szt	
Biopsja mammotomiczna USG	szt	
B) Zabiegi pod kontrolą TK/FLUOROSKOPII		
Biopsja	szt	
Drenaż	szt	
Drenaż dróg żółciowych	szt	
Ablacja	szt	

Oferent wypełnia tylko te punkty, na które składa Ofertę, nie wpisanie stawki w danym punkcie będzie uznane jako nie złożenie oferty przez Oferenta w tym zakresie.

Oświadczenie	**Potwierdzenie**
Oferent przyjmuje do wiadomości, że w przypadku obciążenia Udzielającego Zamówienia dodatkowymi kosztami publicznoprawnymi związanymi z realizacją umowy, w szczególności składkami ZUS i składką zdrowotną, cena ofertowa podlega odpowiedniemu zwiększeniu o wartość tych obciążeń.	☐ **Potwierdzam**

Podpis Oferenta:

……

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

- ✓ Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert" i nie wnosi do nich zastrzeżeń.
- ✓ Zapoznał się z projektem umowy stanowiącym Załącznik nr 2a albo 2b do „Szczegółowych warunków konkursu ofert" wraz z jego załącznikami i akceptuje bez zastrzeżeń zawarte w nim warunki. W przypadku uchylania się od podpisania przez wybranego Oferenta umowy, w terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia, może to stanowić podstawę do wykluczenia od udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego Zamówienia.
- ✓ Uważa się związanie ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- ✓ Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
- ✓ Zapoznał się z Regulaminem Przeprowadzania Konkursu obowiązującym u Udzielającego Zamówienia.
- ✓ Świadczenia zdrowotne objęte konkursem wykonywać będzie w siedzibie Udzielającego Zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu Zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego Zamówienia.
  A. Prowadzi Indywidualną Praktykę zarejestrowaną w rejestrze indywidualnych praktyk .....zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty
  B. Jest osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem.
- ✓ Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie osobiście.
- ✓ Zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem z należytą starannością, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami etyki zawodowej.
- ✓ Zgodnie z jego wiedzą nie zostało wszczęte ani nie toczy się przeciwko niemu w krajach Unii Europejskiej oraz państwach trzecich postępowanie o pozbawienie prawa do wykonywania zawodu ani nie został on w żadnym kraju Unii Europejskiej oraz państwach trzecich pozbawiony prawa do wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu lub ostateczną decyzją właściwych organów.
- ✓ A. W przypadku Oferenta prowadzącego działalność gospodarczą albo wykonującego działalność leczniczą – posiada aktualne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC) wymagane obowiązującymi przepisami prawa, obejmujące świadczenia objęte konkursem.*
- ✓ Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC na dzień podpisania umowy.
- ✓ Posiada wymagane przepisami prawa szczepienia ochronne oraz aktualne orzeczenia i badania wymagane do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
- ✓ Został poinformowany o obowiązkach wynikających z art. 21 i nast. Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich
- ✓ Przyjmuje do wiadomości, że jego dane osobowe będą przetwarzane przez Udzielającego Zamówienia w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego oraz realizacji umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Podpis Oferenta:

.....

Załącznik Nr 1 do formularza ofertowego

ZAŁĄCZNIKI – odpowiednio dla OFERENTA**:

<u>Dla indywidualnej praktyki/działalności:</u>

1. Prawo wykonywania zawodu lekarza,
2. Dyplom ukończenia wyższej szkoły medycznej,
3. Specjalizację z zakresu radiologia i diagnostyka obrazowa,
4. Kopie dokumentów dotyczących kursów specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych,
5. Kopie dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje, inne posiadane dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności,
6. Oświadczenie Oferenta o obowiązku przedłożenia zaświadczenia o niekaralności z KRK (w zakresie kartoteki karnej i nieletnich) przed podpisaniem umowy,
7. Aktualne orzeczenie lekarskie wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania czynności, będących przedmiotem niniejszego postępowania.
8. Zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych/indywidualnych specjalistycznych praktyk,
9. Zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
10. Zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
11. Zaświadczenie o wpisie do KRS,
12. Kopia polisy OC,
13. Kopia dokumentu potwierdzającego odbycie okresowego szkolenia BHP,
14. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert", o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta.
15. Doświadczenie w nadzorze nad realizacją świadczeń zdrowotnych;
16. Doświadczenie we wdrażaniu standardów jakości i procedur organizacyjnych;
17. Doświadczenie we współpracy z personelem medycznym i administracyjnym.
18. Minimum pięcioletnie doświadczenie w zakresie pełnienia funkcji kierowniczej w tożsamej jednostce.

**- skreślić jeżeli nie dotyczy.

Podpis Oferenta:

.....

.....
.....
.....
Pełna nazwa Oferenta

.....
Miejscowość i data

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Centralny Szpital Kliniczny
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Pomorska 251
92-213 Łódź

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że zobowiązuję się do przedłożenia informacji/ zaświadczenia o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego, o którym mowa w art. 21 i nast. Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich najpóźniej do dnia podpisania umowy.*

.....
data, pieczątka i podpis Oferenta

** obowiązek wynika z ustawy z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy - Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (tzw. Ustawa Kamilka).*

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych
przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z siedzibą w Łodzi

Na podstawie z art. 13 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z siedzibą w Łodzi zamieszcza informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych osób zaangażowanych w realizację niniejszej umowy:

1. Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z siedzibą w Łodzi przy ul. Pomorska 251 posiadającym: *KRS 0000149790, NIP 728-22-46-128, REGON472147559*.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. Dane e-mail: inspektor.odo@csk.umed.lodz.pl.
3. Administrator przetwarza dane osobowe w celu przeprowadzania konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz ewentualnie podjęcia działań przez zawarciem umowy oraz realizacji umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b), c) i e) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
4. Dane osobowe mogą być ujawniane wyłącznie osobom upoważnionym do przetwarzania danych osobowych, podmiotom przetwarzającym na mocy umowy powierzenia oraz innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
5. Osoby, których dane dotyczą mają prawo do dostępu do treści danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie (bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem) w granicach określonych przepisami prawa.
6. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, z tym że podanie danych osobowych stanowi warunek umożliwiający realizację/dopuszczenie do postępowania konkursowego.
7. Administrator przetwarza dane osobowe w okresie koniecznym do organizacji i rozstrzygnięcia postępowania, w tym przez czas konieczny do udokumentowania czynności z udziałem osoby zaangażowanej w jej realizację. W sytuacjach gdy będzie to niezbędne dla celów dowodowych lub wynika z przepisów prawa w/w dane osobowe mogą być przechowywane także do czasu przedawnienia roszczeń lub zakończenia postępowania sądowego związanego z postępowaniem konkursowym.
8. Osoby, których dane dotyczą mają prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora, przy czym prawo wniesienia skargi dotyczy wyłącznie zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych.
9. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o dane osobowe.

.....
podpis