

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
38/DO/11/2015

**Szpital Miejski  
w Zabrze Sp. z o.o.  
ul. Zamkowa 4  
41-803 Zabrze**  
tel.: (32) 277-61-00, (32) fax: (32) 271-73-11  
e-mail: [sekretariat@szpitalzabrze.pl](mailto:sekretariat@szpitalzabrze.pl)  
strona internetowa: [www.bip.szpitalzabrze.pl](http://www.bip.szpitalzabrze.pl)

**MATERIAŁY DOTYCZĄCE  
SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU  
OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE  
W ZAKRESIE:**

**Wykonywania świadczeń zdrowotnych z dziedziny chirurgii ogólnej w ramach  
dyżurów lekarskich**

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej ( DZ.U. z 2011r., nr 112, poz. 654), zwanej dalej Ustawą oraz art. 140-141, art.146 ust. 1, art. 147-150, 151 ust. 1,2 i 4-6, art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( DZ.U. z 2008r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), właściwe Rozporządzenie Ministra z dnia 22.12.2011 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą DZ.U. Nr 293 poz. 1729 oraz w oparciu o wewnętrzne przepisy prawne Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o., zwanego dalej Udzielającym zamówienie.

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
38/DO/11/2015

Zabrze, dnia 10.11.2015 r.

**I. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług zdrowotnych w zakresie: **chirurgii ogólnej w ramach dyżurów lekarskich**, które udzielane będą na postawie miesięcznego zapotrzebowania, ustalonego dla Oddziału, zatwierdzonego każdorazowo przez Kierownika Oddziału Chirurgii Ogólnej Udzielającego zamówienie.
2. Realizacja zamówienia polega w szczególności na :
  - a. wykonywaniu czynności służących zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia pacjentów i pozostawaniu w gotowości do ich wykonywania oraz wykonywaniu procedur medycznych zgodnych z umową wiążącą Udzielającego zamówienie z NFZ.
  - b. na leczeniu i sprawowaniu całodobowej opieki medycznej nad pacjentami
  - c. konsultowaniu pacjentów przebywających w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Izbie Przyjęć oraz w innych jednostkach organizacyjnych szpitala w razie doraźnej potrzeby
3. Cena podana przez Oferenta winna być ceną brutto, która zawiera już wszystkie elementy cenotwórcze.
4. Proponowana cena za świadczenia zdrowotne jest obowiązująca przez cały okres obowiązywania umowy a liczba świadczeń wskazana w formularzu cenowym (Załączniku nr 3) jest szacunkowa i nie stanowi podstawy jakichkolwiek roszczeń ze strony Oferenta.
5. Świadczenia zlecane będą przez Udzielającego zamówienie w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb.
6. Dyżury lekarskie pełnione będą w dni :
  - a). powszednie :
    - od poniedziałku do piątku (od godziny 15:00 do godziny 7:25),
    - w soboty (od godziny 7:25 do godziny 7:25 )
  - b). świąteczne :
    - niedziele, święta ( od godziny 7:25 do godziny 7:25 )
7. Przewidywaną liczbę świadczeń zdrowotnych do zrealizowania w okresie obowiązywania umowy określa załącznik Nr 3 niniejszych materiałów.
8. Zapotrzebowanie na dyżury zatwierdzone przez Kierownika oddziału Chirurgii Ogólnej należy złożyć do Działu Organizacji Usług Medycznych i Statystyki na 15 dni przed rozpoczęciem nowego miesiąca.
9. W przypadku pełnienia dyżuru wraz z lekarzem bez specjalizacji, Przyjmujący zamówienie będzie nadzorował na bieżąco, codziennie na każdym dyżurze lekarza bez specjalizacji. Nadzór ten dotyczy kwestii merytorycznych związanych z wykonywaniem lekarskich czynności zawodowych przez lekarza niespecjalistę, a nie kwestii z zakresu organizacji i porządku świadczenia pracy. Powyższa procedura nie może opóźniać udzielania świadczeń medycznych i wydawania dokumentacji pacjentom.

**II. TERMIN WYKONANIA UMOWY**

1. Termin wykonania umowy: od dnia **01.01.2016 r. do dnia 31.12.2016 r.**
2. Udzielający zamówienie zastrzega możliwość zawarcia umowy z datą późniejszą, w szczególności w związku z przedłużeniem się postępowania o udzielenie przedmiotowego zamówienia.

**III. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Oferent przedstawia tylko jedną ofertę.
  2. Oferta musi być złożona w trwale zamkniętej kopercie. Na kopercie należy umieścić :
    - Nazwa, dokładny adres oferenta, numer telefonu
    - Numer postępowania konkursowego
    - Napis określający przedmiot postępowania konkursowego
    - Napis „nie otwierać przed dniem 01.12.2015r do godz. 08.30”.
- Pierwsza strona oferty powinna zawierać :
- Łączną ilość stron oferty

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
38/DO/11/2015

- Spis zawartości koperty tj. spis treści zawierający wykaz złożonych dokumentów z podaniem numeru strony, na której dany dokument się znajduje
3. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA WYMAGA PRZEDSTAWIENIA OFERTY NA ZAŁĄCZONYCH DRUKACH (Załączniki nr 1, 2, 3,4).
  4. Oferta musi być kompletna.
  5. Oferta musi być sporządzona w języku polskim i podpisana przez Oferenta.
  6. Każda strona powinna być opatrzona podpisem Oferenta oraz kolejnym numerem nadanym przez Oferenta.
  7. Udzielający zamówienia nie dopuszcza składania ofert częściowych.
  8. **Kserokopie dokumentów winny być uwierzytelnione za zgodność z oryginałem przez Oferenta.**
  9. Ewentualne błędy wymagają czytelnego skreślenia niewłaściwej treści oraz naniesienia poprawek. Każda poprawka musi być sygnowana podpisem Oferenta i datą jej dokonania.
  10. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem oferty.

**IV. WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM**

**1. Wymagania wobec oferentów prowadzących indywidualne praktyki lekarskie**

**Wymagane dokumenty:**

- Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
- wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich w Izbie Lekarskiej ( księga rejestrowa)
- Zaświadczenie lub poświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
- Zaświadczenie lub poświadczenie o Numerze Identyfikacji Podatkowej ( NIP )
- Dyplom lekarza
- Dyplom specjalisty w zakresie chirurgii ogólnej (I lub II stopnia)
- karta szkolenia specjalizacyjnego w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji ( min 2 lata od rozpoczęcia specjalizacji)
- opinia kierownika specjalizacji na temat pełnienia samodzielnych dyżurów przez lekarza w trakcie specjalizacji
- prawo wykonywania zawodu lekarza
- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie dyżurów lekarskich
- aktualna polisa ubezpieczenia OC ( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- zaświadczenie o stażu pracy na stanowisku będącym przedmiotem zamówienia

**2. Dokumenty dodatkowe :**

- W przypadku Oferenta składającego ofertę na **wariant 3** określony w Formularzu cenowym ( Zał. Nr 3 do niniejszych Materiałów) wymagane jest aktualne poświadczenie o pełnieniu funkcji kierowniczej w oddziale chirurgii ogólnej
- W przypadku Oferenta składającego ofertę na **wariant 1** określony w Formularzu cenowym ( Zał. Nr 3 do niniejszych Materiałów) wymagane jest złożenie kopii karty szkolenia specjalizacyjnego potwierdzającej minimum 1,5 roczny okres od rozpoczęcia specjalizacji .

**Oferent winien dostarczyć wraz z ofertą następujące dokumenty:**

1. Formularz ofertowy ( Załącznik Nr 1 )
2. Oświadczenie Oferenta ( Załącznik Nr 2 )
3. Formularz cenowy ( Załącznik Nr 3 )
4. Oświadczenie Oferenta ( Załącznik Nr 4 )
5. Dokumenty wymagane zgodnie z punktem „IV wymagania stawiane Oferentom „ niniejszych materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

#### **V. WARUNKI PŁATNOŚCI**

1. Szpital będzie dokonywać zapłaty za zrealizowane w danym miesiącu świadczenia zdrowotne ( godziny dyżurów).
2. Za świadczone usługi Przyjmujący zamówienie wystawia do 5 dni po zakończonym miesiącu w cyklu miesięcznym z dołu fakturę/fakturę VAT dołączając każdorazowo miesięczne zestawienie wykonanych świadczeń zdrowotnych (dyżurów lekarskich ) zgodnie z Załącznikiem Nr 2 do Umowy .
3. Miesięczne zestawienia wykonanych świadczeń zdrowotnych- dyżurów lekarskich muszą być potwierdzone przez Kierownika Oddziału Chirurgii Ogólnej Udzielającego zamówienie.
4. Wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie stanowić będzie iloczyn godzin pełnienia dyżuru lekarskiego odpowiednio w dni powszednie oraz niedziele, święta oraz ceny jednostkowej tych godzin zgodnie z załącznikiem nr 1 do Umowy.
5. Podstawą wypłaty wynagrodzenia będą prawidłowo wystawione : faktura oraz miesięczne zestawienie wykonanych świadczeń zgodnie z Załącznikiem Nr 2 do Umowy za miesiąc poprzedni.
6. Termin płatności do 30 dni od daty otrzymania przez Udzielającego zamówienie prawidłowo wystawionych dokumentów wskazanych w pkt. V ppkt. 5.
7. Opóźnienie w dostarczeniu przez Przyjmującego zamówienie dokumentów, o których mowa w pkt 2 spowoduje przesunięcie terminu płatności odpowiednio o czas opóźnienia.

#### **VI. WARUNKI REALIZACJI ZŁEGONYCH ŚWIADCZEŃ**

1. Przewidywaną liczbę świadczeń zdrowotnych do zrealizowania w okresie obowiązywania umowy określa Załącznik Nr 3. Liczba planowanych świadczeń do zrealizowania może się zmienić ( zmniejszyć) w zależności od zapotrzebowania – wg potrzeb Udzielającego zamówienie.
2. Szpital oczekiwany będzie od Przyjmującego zamówienie wykonania usługi w zakresie świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie jakościowym, zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy, normami, sztuką i etyką zawodową, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z zapotrzebowaniem zatwierdzonym przez Kierownika Oddziału Chirurgii Ogólnej Udzielającego zamówienie.
4. Przyjmujący zamówienie przejmuje pełną odpowiedzialność za dokładność i sumiennność wykonywanych świadczeń zdrowotnych.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest posiadać ważne dokumenty potwierdzające uprawnienia w zakresie odpowiadającym przedmiotowi zamówienia.
6. Udzielający zamówienie zobowiązuje się do udostępnienia bazy lokalowej , sprzętu medycznego oraz innych środków do realizacji świadczeń zdrowotnych będących w posiadaniu Udzielającego zamówienie i możliwych do udostępnienia.
7. Niniejsze Szczegółowe warunki konkursu będą stanowić integralną część umowy podpisanej z wybranym Oferentem.
8. Szczegółowe warunki udzielania świadczeń oraz inne sprawy nieopisane w niniejszych Warunkach będą zawarte w podpisanej z Oferentem wybranym w przedmiotowym postępowaniu umowie, której projekt stanowi załącznik nr 5, a której akceptacja jest warunkiem udziału w niniejszym postępowaniu.

#### **VII. MIEJSCA I TERMIN SKŁADANIA OFERT ORAZ OTWARCIA OFERT**

Oferta musi być złożona do dnia 01.12.2015 r. do godz. 08.00 w siedzibie Udzielającego zamówienia – Sekretariat.

W przypadku ofert przesłanych pocztą za datę oraz godzinę złożenia uważa się datę oraz godzinę wpływu oferty do siedziby Udzielającego zamówienia – Sekretariat.

Otwarcie ofert odbędzie się dnia 01.12.2015 r. o godz. 08.30 w siedzibie Udzielającego zamówienia – Sala konferencyjna – budynek Dyrekcji.

#### **VIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni, licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.

I.

**OCENA OFERT**

- Wybór najkorzystniejszej oferty dokonany zostanie na podstawie kryterium ceny „Cena” oraz dodatkowego kryterium
  1. Cena 85%
  2. Dodatkowe kryterium : Doświadczenie zawodowe w zakresie przedmiotu zamówienia - max 15 pkt
    - a) od 2 do 7 lat ( I ° specjalizacji – 3 pkt) ; ( II ° specjalizacji – 5 pkt)
    - b) powyżej 7 do 15 lat ( I ° specjalizacji – 8 pkt); (II ° specjalizacji – 10 pkt)
    - c) powyżej 15 lat ( I ° specjalizacji – 10 pkt); (II ° specjalizacji – 15 pkt)

Kryterium ceny będzie rozpatrywane na podstawie oferty podanej przez Oferenta na formularzu cenowym (Załącznik nr 3). Kryterium dodatkowe na powyższych zasadach będzie rozpatrywane na podstawie przedłożonych dokumentów.

Punktacja za cenę będzie obliczona na podstawie wzoru:

$$P = \frac{\text{cena najniższa spośród ofert}}{\text{cena badanej oferty}} \times 85$$

Wynik będzie traktowany jako wartość punktowa.

Nie spełnienie wymogów określonych w pkt IV Materiałów dot. Konkursu Ofert powoduje odrzucenie oferty.

Oferta, która przedstawia najkorzystniejszy bilans punktów (maksymalna liczba przyznanych punktów w oparciu o ustalone kryterium) zostanie uznana za najkorzystniejszą, pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów. Realizacja świadczenia usług zostanie powierzona Oferentowi, którego oferta uzyska najwyższą ilość punktów lub takiej liczbie Oferentów zgodnej z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia i jednocześnie których oferta będzie miała najkorzystniejszy w rankingu bilans punktów.

- (max 13 osób w tym : max 2 osoby pełniące funkcje kierownicze w oddziale chirurgii ogólnej; max 7 osób z II st. specjalizacji z zakresu chirurgii ogólnej, max 1 osoba z I st specjalizacji oraz 3 osoby w trakcie specjalizacji z zakresu chirurgii ogólnej)

Jeżeli oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienie wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

**X. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU OFERT**

Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji, które odbędzie się w siedzibie Udzielającego zamówienie do dnia 11.12.2015 r.

W przypadku uzyskania przez większą liczbę Oferentów takiej samej liczby punktów, Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo wezwania wszystkich tych oferentów do złożenia ofert dodatkowych.

**XI .OBOWIĄZKI UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

Po rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający zamówienia podpisze z Oferentem umowę w terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert zgodnie z załączonym projektem umowy stanowiącym Załącznik nr 5 (wraz z załącznikami nr 1-5 do umowy) do Materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

Udzielający zamówienie dopuszcza możliwość unieważnienia konkursu w całości lub części bez podania przyczyny

Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami :

Kierownik Działu Organizacji Usług Medycznych i Statystyki – mgr Jadwiga Piekarska  
Główny Specjalista – mgr Sylwia Woźniak

Z-ca Prezesa Zarządu..... Prezes Zarządu.....

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Nazwa/Imię i nazwisko Oferenta: .....

2. Adres: .....

3. Numer telefonu kontaktowego : .....

4. NIP  
.....

5. PESEL .....

6. REGON  
.....

7. Numer wpisu do właściwego rejestru .....

8. Organ dokonujący wpisu .....

9. Akceptuję przedstawiony projekt umowy:

- Załącznik nr 5 (wraz z załącznikami nr 1-5 ) do umowy .....  
( podpis oferenta)

**Całkowita wartość brutto planowanych dyżurów lekarskich\* wynosi: .....zł**

**(słownie .....)**

( Przez całkowitą wartość brutto należy rozumieć sumę iloczynu planowanej liczby godzin dyżurów zwykłych i ceny za godzinę dyżuru zwykłego oraz iloczynu planowanej liczby godzin dyżurów świątecznych i ceny za godzinę dyżuru świątecznego podanych w formularzu cenowym )

w tym :

wartość brutto za dyżury zwykłe .....

wartość brutto za dyżury świąteczne.....

podpis Oferenta

.....

....., dn. ....

**„ Oświadczenie Oferenta”**

Nazwa Oferenta.....

Adres.....

**Niniejszym, oświadczam, że :**

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu , projektem umowy i tym samym je akceptuję.
2. Zobowiązuje się, w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na okres podany w warunkach konkursu w miejscu wyznaczonym przez Organizatora konkursu i w terminie zgodnym z warunkami konkursu.
3. Jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych firmy przez Szpital Miejski w Zabrze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością dla potrzeb realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych
6. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonywania zadania oraz dysponuję odpowiednią wiedzą i doświadczeniem a także możliwościami do wykonania zamówienia.
7. Nie udzielam i nie będę udzielać w trakcie trwania umowy wynikającej z niniejszego konkursu świadczeń opieki zdrowotnej w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia jako:
  - a) lekarz prowadzący praktyki zawodowe indywidualne
  - b) lekarz prowadzący praktyki grupowe w formie spółek cywilnych
  - c) lekarz prowadzący indywidualne przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego
  - d) lekarz prowadzący przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w formie spółki cywilnej

**miejsce i data**

**podpis Oferenta**

\* niepotrzebne skreślić

**FORMULARZ CENOWY ( załącznik Nr 1 do umowy)**

Wykonywanie świadczeń zdrowotnych z dziedziny chirurgii ogólnej w ramach dyżurów lekarskich

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Planowana liczba godzin dyżurów
1.	Dyżur zwykły	1123
2.	Dyżur świąteczny	317

**( wariant 1 )Lekarz w trakcie specjalizacji z zakresu chirurgii ogólnej**

Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego w dni ( od poniedziałku do piątku) od godziny 15:00 – 7:25, ( soboty) od godziny 7:25 – 7:25 .....zł słownie.....  
( max. 52,00 zł )

Ogółem wartość za dyżur zwykły : 1123 godz x .....=.....

Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego (w niedziele i święta od godziny 7:25-7:25) ..... zł słownie.....  
( max. 57,00zł )

Ogółem wartość za dyżur świąteczny : 317 godz x .....=.....

Suma wartości za dyżur zwykły i świąteczny : .....

**Lekarz z I stopniem specjalizacji**

Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego w dni ( od poniedziałku do piątku) od godziny 15:00 – 7:25, ( soboty) od godziny 7:25 – 7:25 .....zł słownie.....  
( max. 55,00 zł )

Ogółem wartość za dyżur zwykły : 1123 godz x .....=.....

Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego (w niedziele i święta od godziny 7:25-7:25) ..... zł słownie.....  
( max. 60,00zł )

Ogółem wartość za dyżur świąteczny : 317 godz x .....=.....

Suma wartości za dyżur zwykły i świąteczny : .....

**( wariant 2 )Lekarz z II stopniem specjalizacji z zakresu chirurgii ogólnej**

Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego w dni ( od poniedziałku do piątku) od godziny 15:00 – 7:25, ( soboty) od godziny 7:25 – 7:25 .....zł słownie.....  
( max. 58,00 zł )

Ogółem wartość za dyżur zwykły : 1123 godz x .....=.....

Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego (w niedziele i święta od godziny 7:25-7:25) ..... zł słownie.....  
( max. 62,50zł )

Ogółem wartość za dyżur świąteczny : 317 godz x .....=.....

Suma wartości za dyżur zwykły i świąteczny : .....

**( wariant 3)Lekarz z II stopniem specjalizacji z zakresu chirurgii ogólnej pełniący funkcję kierowniczą**

Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego w dni ( od poniedziałku do piątku) od godziny 15:00 – 7:25, ( soboty) od godziny 7:25 – 7:25 .....zł słownie.....  
( max. 65,00 zł )

Ogółem wartość za dyżur zwykły : 1123 godz x .....=.....

Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego (w niedziele i święta od godziny 7:25-7:25) ..... zł słownie.....  
( max. 70,00zł )

Ogółem wartość za dyżur świąteczny : 317 godz x .....=.....

Suma wartości za dyżur zwykły i świąteczny : .....

Proszę wybrać i uzupełnić jeden z powyższych wariantów.

Świadczenia zdrowotne w ramach dyżurów lekarskich wykonywane będą w siedzibie Udzielającego zamówienie.:  
Szpital Miejski w Zabrzę Sp. z o.o. ul. Zamkowa 4 Oddział Chirurgii Ogólnej, Izba Przyjęć, Blok Operacyjny

.....  
Podpis Oferenta



### OŚWIADCZENIE OFERENTA

PESEL.....  
NIP .....

Nazwisko i imiona .....

Nazwisko rodowe.....Obywatelstwo .....

Imiona rodziców .....

Data i miejsce urodzenia .....

Mam/nie mam\* orzeczony stopień niepełnosprawności .....

Nazwa Narodowego Funduszu Zdrowia .....

Adres zameldowania na pobyt stały .....

Adres zameldowania inny niż na pobyt stały .....

Urząd Skarbowy .....

Forma płatności: .....

Jeśli przelew- podać nazwę banku i numer konta .....

**Oświadczam, że:**

1. Jestem/nie jestem\* zatrudniony na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenia\* u innego pracodawcy, ubezpieczony w ZUS/KRUS\* i osiągam/ nie osiągam\* wynagrodzenie wyższe niż minimalne określone przez M.P. i P.S. na rok 2016 **1850,00 zł.** brutto miesięcznie

.....  
(nazwa zakładu pracy, adres, wymiar czasu pracy)

2. Pobieram emeryturę/rentę\*(podać numer) .....

3. Prowadzę/ nie prowadzę \* działalność gospodarczą – indywidualną praktykę lekarską

4. Mam/nie mam\* udzielony urlop wychowawczy u innego pracodawcy

5. Jestem/nie jestem\* zarejestrowany w Urzędzie Pracy jako bezrobotny ( podać adres UP).....

6. Jestem / nie jestem \* lekarzem w trakcie specjalizacji z zakresu.....

.....  
(podać nazwę specjalizacji , czas trwania )

7. W związku z powyższym wnoszę/ nie wnoszę\* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym:

emerytalne- TAK/NIE\*

rentowe- TAK/NIE\*

chorobowe- TAK/NIE\*

(jeżeli jest dobrowolne ubezpieczenie emerytalne i rentowe ubezpieczony nie może dobrowolnie przystąpić do ubezpieczenia chorobowego)

8. Nie mam przeciwwskazań do wykonywania umowy zlecenia.

**Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania zleceniodawcy o wszelkich zmianach w treści niniejszego oświadczenia.**

**data i podpis składającego oświadczenie**

.....  
\*) Niepotrzebne skreślić

.....  
data i podpis Oferenta