

....., dnia.....2026 r.

O F E R T A do K/Nr 24/HR/2026

na wykonywanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w dziedzinie kardiologii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy

NAZWA OFERENTA:

ADRES:

NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

specjalizacja/ w trakcie specjalizacji

NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ RPWDL

NIP..... REGON.....

Dane kontaktowe: nr tel. e-mail.....

Składam ofertę na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych, na wykonywanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w dziedzinie kardiologii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy i oferuję:

Kontrakt całościowy w Oddziale Kardiologicznym i Pododdziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego oraz Poradni Kardiologicznej

1. Za udzielanie świadczeń w podstawowej ordynacji pracy (w dni powszednie w godz. od 7:00 do 15:00) w Pracowni Elektrofizjologii/Pracowni Radiologii Zabiegowej, w tym udzielaniu porad i konsultacji w oddziałowej izbie przyjęć oraz w innych komórkach Udzielającego zamówienia oraz prowadzenia programów leczniczych, terapeutycznych, itp. - zł miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe brutto. Średniomiesięczna liczba godzin
2. Za udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Kardiologicznej zgodnie z wymogami NFZ wynagrodzenie dodatkowe - procent (%) wartości udzielonego w Poradni Kardiologicznej świadczenia zgodnie z umową zawartą pomiędzy Udzielającym zamówienia a NFZ, uwzględniając wycenę punktową udzielonego świadczenia na poziomie wyceny obowiązującej na dzień 30 czerwca 2022r. tj. 1,21 za punkt w odniesieniu do jednego pacjenta, którym Przyjmujący zamówienie udzielił świadczeń zdrowotnych. Szacunkowa miesięczna liczba pacjentów -
3. Za udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Kardiologicznej pacjentom w ramach krajowej sieci kardiologicznej zgodnie z wymogami NFZ wynagrodzenie dodatkowe - procent (%) wartości udzielonego w Poradni Kardiologicznej świadczenia zgodnie z umową zawartą pomiędzy Udzielającym zamówienia a NFZ, uwzględniając wycenę punktową udzielonego świadczenia na poziomie aktualnie obowiązującej wyceny NFZ w odniesieniu do jednego pacjenta, którym Przyjmujący zamówienie udzielił świadczeń zdrowotnych. Szacunkowa miesięczna liczba pacjentów -
4. Za pełnienie dyżurów stacjonarnych w Oddziale Kardiologicznym i/lub Pododdziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego w dni powszednie od godz. 15.00 do 7.00 oraz w dni wolne od pracy soboty, niedziele i święta od godz. 7.00 do 7.00 i w Pracowni Elektrofizjologii/Pracowni Radiologii Zabiegowej, w dni powszednie od godz. 15.00 do 7.00 oraz w dni wolne od pracy soboty, niedziele i święta od godz. 7.00 do 7.00 - zł brutto za 1 godzinę. Średniomiesięczna liczba godzin

- dyżurowych ogółem – godzin, w tymgodziny dyżuru w dni powszednie oraz godzin dyżuru w dni wolne od pracy, soboty, niedziele i święta
5. Za wykonywanie zabiegów i procedur w dziedzinie kardiologii: USG serca przezklatkowe (TTE), USG serca przezprzełykowe (TEE), USG serca - próba dobutaminowa, USG doppler tt. szyjnych, implantacja jednojamowego i dwujamowego układu stymulującego (PM), implantacja jednojamowego i dwujamowego układu do kardiowersji/defibrylacji (ICD), implantacja jednojamowego i dwujamowego układu do resynchronizacji, wymiana układu (PM/ICD/CRT-D/CRT-P) bez względu na ilość elektrod i rodzaj układu, pełnienie funkcji operatora przy ablacji migotania przedsionków – izolacja żył płucnych, pełnienie asysty przy ablacji migotania przedsionków – izolacja żył płucnych, pełnienie funkcji operatora przy ablacji RF zaburzeń rytmu, pełnienie asysty przy ablacji RF zaburzeń rytmu, pełnienie funkcji operatora przy diagnostyce inwazyjnej zaburzeń rytmu serca - EPS, pełnienie asysty przy diagnostyce inwazyjnej zaburzeń rytmu serca - EPS, koronarografia, PCI angioplastyka wieńcowa z wykorzystaniem stentów wieńcowych, cewnika balonowego uwalniającego lek (DEB), wewnątrznacyniowa ultrasonografia IVUS, wewnątrznacyniowa koherentna tomografia komputerowa OCT, ocena rezerwy cząstkowej przepływu wieńcowego FFR, aterectomia wieńcowa, usg jamy brzusznej, implantacje elektrody czasowej; perikardiocenteza, implantację przezskórnego systemu do wspomaganie pracy lewej komory otrzyma dodatkowe wynagrodzenie w wysokości - według wyceny Udzielającego zamówienia określonej w załączniku nr 2 do umowy.

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych **od dnia 1 czerwca 2026 roku do dnia 30 czerwca 2028 roku** na warunkach przedstawionych w projekcie umowy oraz w szczegółowych warunkach konkursu. Ponadto oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu oraz projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń co do ich postanowień.

Oświadczam, iż w przypadku przyjęcia mojej oferty zobowiązuję się do podpisania oświadczenia o zapoznaniu się i przestrzeganiu Kodeksu etyki oraz oświadczenia o poufności zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych, polityką bezpieczeństwa, instrukcją zarządzania systemami informatycznymi obowiązującymi w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy.

.....
(podpis składającego ofertę)

Wykaz załączników do oferty:

- 1) wypełniony formularz ofertowy stanowiący Załącznik nr 4 do Zarządzenia nr 92 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy z dnia 21 kwietnia 2026 roku.
- 2) wypis z CEIDG,
- 3) aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art.101 ustawy o działalności leczniczej lub zaświadczenie o dokonaniu wpisu do rejestru,
- 4) dokumenty poświadczające wymagane kwalifikacje oferenta: prawo wykonywania zawodu, posiadane tytuły i/lub specjalizacje, w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji dokument potwierdzający fakt odbywania specjalizacji oraz pisemne potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę. W przypadku lekarzy pracowni elektrofizjologii/ radiologii zabiegowej - potwierdzone przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii doświadczenie z wykonania min. 300 PCI i min. 600 koronarografii,
- 5) dokumenty poświadczające dodatkowe kwalifikacje oferenta: zaświadczenia potwierdzające odbyte kursy, szkolenia, certyfikaty odnoszące się do świadczeń mające zastosowanie w dziedzinie kardiologii,
- 6) umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub pisemne zobowiązanie oferenta do jej zawarcia, przy czym obowiązek jej zawarcia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej,
- 7) aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych na określonym stanowisku wydane przez lekarza medycyny pracy,
- 8) dokument szkolenia okresowego BHP,
- 9) właściwy dokument określony w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (wyciąg z przepisów w załączeniu),
- 10) oświadczenie oferenta o doświadczeniu zawodowym oferenta oraz złożeniu kserokopii dokumentów zgodnych z oryginałami - załącznik nr 1 do formularza ofertowego,
- 11) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną o ochronie danych – załącznik nr 2 do formularza ofertowego,
- 12) oświadczenie oferenta o złożeniu kserokopii dokumentów zgodnych z oryginałami – załącznik nr 3 do formularza ofertowego,
- 13) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną o ochronie danych – załącznik nr 4 do formularza ofertowego.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zobowiązuję się świadczyć usługi na wysokim poziomie, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej, sztuką i etyką zawodu, obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności.

.....
podpis oferenta

OŚWIADCZENIE
o doświadczeniu zawodowym oferenta

L.p.	Okres zatrudnienia od - do /DD.MM.RR/	Miejsce zatrudnienia/ oddział/poradnia

Oświadczam, iż **pozostaję/ nie pozostaję*** w stosunku pracy, zlecenia oraz w żadnym innym stosunku prawnym uzasadniającym objęcie mnie ubezpieczeniami społecznymi przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy.

* *niewłaściwe skreślić*

.....

podpis oferenta

Oświadczenia

Oświadczam, iż posiadam:

- 1/ aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia wydane dla celów sanitarno-epidemiologicznych* / książeczkę zdrowia dla celów sanitarno-epidemiologicznych*
- 2/ aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych na określonym stanowisku/ w określonym zakresie wydane przez lekarza medycyny pracy J,
- 3/ aktualny certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta
- 4/ zaświadczenie o ukończeniu szkolenia bezpieczeństwo i higiena pracy w polach i promieniowaniu elektromagnetycznym o częstotliwości od 0 Hz do 300 GHz

Jednocześnie zobowiązuję się do przedstawienia Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu w Legnicy dokumentów, o których mowa w pkt 1-4 na każde wezwanie.

.....
podpis oferenta

niewłaściwe skreślić*

Załącznik nr 4 do formularz ofertowego

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż złożone przeze mnie kserokopie dokumentów są zgodne z treścią oryginałów.

.....
podpis oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA O OCHRONIE DANYCH

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) – dalej jako „RODO” Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy informuje, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, ul. Iwaskiewicza 5, 59-220 Legnica, tel.: 76 72 11 000 (centrala telefoniczna);
2. z inspektorem ochrony danych można się skontaktować poprzez adres e-mail: iod@szpital.legnica.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z ich przetwarzaniem;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy i w celu jej wykonania oraz obrony praw i dochodzenia roszczeń przez administratora danych w związku z prowadzoną przez niego działalnością na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO konieczność realizacji łączącej nas umowy cywilnoprawnej, a także wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, w celu rozliczeń finansowych, w tym podatkowych.
4. Co do zasady dane osobowe są przez Pana/Panią podawane w momencie przesłania oferty lub nawiązania komunikacji w związku z podjęciem działań przed zawarciem umowy z administratorem danych;
5. Do realizacji podanych celów będziemy przetwarzać Pana/Pani dane osobowe potrzebne do realizacji umowy, w szczególności imię, nazwisko, dane teleadresowe, informacje o kwalifikacjach i doświadczeniu zawodowym, [...];
6. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą: podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych. Odbiorcą danych mogą być także podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie administratora, w tym w szczególności dostawcy systemów IT – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
8. Okres przechowywania danych przetwarzanych na potrzeby rachunkowości oraz ze względów podatkowych będzie zgodny z obowiązującymi przepisami prawa, czyli przez 5 lat liczonych od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy. Czas ten może ulec wydłużeniu, jeżeli z przepisów prawa wynikać będzie dłuższy okres przedawnienia roszczeń związanych z umową (okres 10 lat od daty zakończenia umowy);
9. Posiada Pani/Pan prawo:
 - 1) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - 2) sprostowania (poprawiania) swoich danych;
 - 3) do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu
 - 4) wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa;
 - 5) do ograniczenia przetwarzania danych;
 - 6) do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
 - 7) cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w zakresie danych, które są przetwarzane na podstawie zgody;
 - 8) do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).
10. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak bez podania przez Pana/Panią danych nie będziemy mogli zawrzeć i zrealizować umowy.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

.....
podpis oferenta

OŚWIADCZENIE (dotyczy cudzoziemców)

Ja, niżej podpisany oświadczam, iż

1/ prawo *nazwa państwa*....., z którego ma być przedłożona informacja, o której mowa w art. 21 ust. 4-6 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich, nie przewiduje jej sporządzenia *

lub

2/ w *nazwa państwa*..... nie prowadzi się rejestru karnego, *

Niniejszym oświadczam, że nie byłem prawomocnie skazany w *nazwa państwa* 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 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.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

*** wypełnić właściwe**

.....
podpis oferenta