

**Załącznik nr 2 do ogłoszenia o konkursie ofert**

**FORMULARZ OFERTOWY WRAZ Z OŚWIADCZENIAMI OFERENTA  
W KONKURSIE OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ – ŚWIADCZENIA  
GWARANTOWANE-  
LECZENIE SZPITALNE REHABILITACJA LECZNICZA W SYSTEMIE STACJONARNYM –  
ŚWIADCZENIA PLANOWE**

**DANE OFERENTA**

**1. Pełna nazwa podmiotu leczniczego/zgodna z właściwym rejestrem:**

---

**2. Siedziba/adres:**

---

**3. Adres do doręczeń:**

---

**4. Tel., fax, adres e-mail:**

---

**5. Forma prawna prowadzonej działalności:**

---

**6. Osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu leczniczego, zgodnie z dokumentami rejestracyjnymi:**

---

**7. Dane Pełnomocnika w przypadku jego ustanowienia:**

---

**8. Numer właściwego rejestru (KRS):**

---

**9. Numer właściwej księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą:**

**Czytelny podpis oferenta** \_\_\_\_\_

---

**10. Numer NIP I REGON:**

---

**11. Miejsce udzielania świadczeń objętych ofertą:**

Adres: \_\_\_\_\_

Podmiot leczniczy (nazwa, właściwy kod rejestrowy):  
\_\_\_\_\_

Jednostka organizacyjna (nazwa, właściwy kod rejestrowy): \_\_\_\_\_

Komórka organizacyjna (nazwa, właściwy kod rejestrowy): \_\_\_\_\_

**12. Spełnianie wymogów**

1) Niniejszym przystępuję do konkursu ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia gwarantowane - leczenie szpitalne rehabilitacja lecznicza w systemie stacjonarnym – świadczenia planowe/ i składam ofertę na wykonanie przedmiotowego zamówienia zgodnie z treścią ogłoszenia o konkursie,

2) Oferuję wykonanie świadczeń opieki zdrowotnej w poniższym zakresie będącym przedmiotem konkursu:

lp.	NAZWA PROCEDURY/DLA DOROSŁYCH	ilość punktów/ osobodzień* w warunkach szpitalnych	Ilość osobodni/procedurę	minimalna ilość procedur	oferowana ilość procedur	łącna ilość osobodni	łącna ilość punktów
1.	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi w szpitalu – kat I	355,02	21	1			
2.	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu w szpitalu – kat I	320,04	21	1			
3.	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi w szpitalu – kat II	236,07	21	1			
4.	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu w szpitalu – kat II	214,04	21	1			

Czytelny podpis oferenta \_\_\_\_\_

5.	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi w szpitalu – kat I	312,02	21	1			
6.	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych w szpitalu – kat I	289,05	21	1			
7.	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi w szpitalu – kat II	215,10	21	1			
8.	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych w szpitalu – kat II	197,06	21	1			
9.	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe w szpitalu – kat. I	276,98	21	1			
10.	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe w szpitalu – kat. II	182,04	21	1			
11.	Rehabilitacja neurologiczna przewlekła w szpitalu	137,99	21	1			
<b>Łączna ilość punktów</b>							
<b>Oferowana cena jednostkowa brutto za jeden punkt (zł)</b>							
<b>Łączna wartość oferty brutto (zł) – CENA (łączna ilość punktów x oferowana cena jednostkowa brutto za jeden punkt (zł))</b>							

**\*świadczenia wskazane w planie rzeczowo-finansowym obejmują również poradę kwalifikacyjną oraz poradę kontrolną po wykonaniu procedury**

**\*\* wymieniona w planie rzeczowo finansowym ilość osobodni w danej procedurze może ulec zmianie - w przypadku wykonania przez świadczeniodawcę rehabilitacji leczniczej przekraczającej wymiar osobodni określony na daną procedurę (dotyczy sytuacji, kiedy w ramach jednej procedury rehabilitacji leczniczej wykonuje się dodatkowe osobodni z uwagi na stan zdrowia pacjenta). W takiej sytuacji świadczeniodawca wystawi fakturę za faktyczną ilość punktów zgodnie z procedurami obowiązującymi w danym podmiocie leczniczym wraz z uzasadnieniem danej sytuacji opisanej w sprawozdaniu do faktury w ramach maksymalnej kwoty wynagrodzenia.**

**Czytelny podpis oferenta \_\_\_\_\_**

Czytelny podpis oferenta \_\_\_\_\_

Lp.	Warunki dodatkowe	TAK <sup>x</sup>	NIE <sup>x</sup>	Dowód
1.	Udzielam świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem konkursu na podstawie umowy zawartej z Dyrektorem właściwego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia na okres co najmniej do.....			
2.	Posiadam certyfikat serii ISO w zakresie usług medycznych będących przedmiotem konkursu - ważny w dniu składania oferty i przez cały okres obowiązywania umowy			
3.	Posiadam aparat do kriolezji i termolezji do terapii nerwów obwodowych			
4.	Posiadam w strukturach podmiotu leczniczego: ośrodek rehabilitacji dziennej, wpis w rejestrze: część VIII kodu: 2300			
5.	Na oddziale, na którym realizowane będą świadczenia jest co najmniej jeden pokój jednoosobowy z pełnym węzłem sanitarnym			
6.	Na oddziale, na którym realizowane będą świadczenia co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych jest przystosowane dla osób niepełnosprawnych			
7.	Wykonuję badania RTG – w lokalizacji***			
8.	Posiadam w lokalizacji aparat usg z funkcją Doppler			
9..	Wykonanie w 2025 roku, co najmniej 50 hospitalizacji w ramach rehabilitacji neurologicznej			
10.	Poradnia leczenia bólu w lokalizacji			
11.	Personel uprawniony do realizacji świadczeń z zakresu terapii w programach lekowych toksyną botulinową			

\* proszę zaznaczyć znakiem X właściwą odpowiedź

\*\*\* lokalizacja – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń.

**Załączniki do formularza:**

**Oświadczenie – załącznik nr 1 do formularza ofertowego**

**Oświadczenie – załącznik nr 2 do formularza ofertowego + oświadczenie**

**Dowód Nr 1.....**

**Dowód Nr 2.....**

**Dowód Nr 3.....**

**Czytelny podpis oferenta \_\_\_\_\_**

## Załącznik Nr 1 do formularza ofertowego

Dane składającego oświadczenie:

\_\_\_\_\_  
Pieczęć podmiotu leczniczego

### OŚWIADCZENIE

W imieniu podmiotu leczniczego informuję, iż w dniu składania oferty podmiot udziela/nie udziela\*<sup>1</sup> świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem niniejszego konkursu na podstawie umowy zawartej z Dyrektorem \_\_\_\_\_ Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;

sygn. umowy \_\_\_\_\_

okres obowiązywania umowy \_\_\_\_\_

Jednocześnie zobowiązuje się, w przypadku wyboru złożonej oferty i zawarcia umowy będącej przedmiotem konkursu, do poinformowania na podstawie art. 9b ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*Dz. U. z 2025 r., poz. 1461 t.j.*) właściwego miejscowo Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o zawarciu umowy oraz wykonywaniu właściwego obowiązku sprawozdawczego.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć, podpis)

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

**Czytelny podpis oferenta** \_\_\_\_\_

Dane składającego oświadczenie:

\_\_\_\_\_  
Pieczęć podmiotu leczniczego

### OŚWIADCZENIA

**W imieniu podmiotu leczniczego oświadczam/my, że:**

1. zapoznałem się z zasadami i warunkami konkursu ofert i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję je do stosowania;
2. zapoznałem się i akceptuję warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
3. zapoznałem się z zasadami przygotowania i składania oferty;
4. posiadam tytuł prawny do korzystania z lokali lub budynków, w których będą udzielane świadczenia oraz do sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej ich wyposażenie;
5. spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia;
6. oświadczam, iż spełniam wszystkie warunki do udzielania świadczeń gwarantowanych będących przedmiotem postępowania w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*Dz. U. z 2025 r., poz. 1461 t.j.*), w tym warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (*Dz. U. z 2021r. poz. 265*), w szczególności w zakresie wymaganego wykwalifikowanego personelu oraz sprzętu niezbędnego do udzielania świadczeń,
7. oświadczam, iż w podmiocie leczniczym spełnione są wszystkie określone przepisami prawa standardy dotyczące kontroli zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej, w tym wdrożone są i aktualizowane właściwe procedury,
8. oświadczam, iż spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej,
9. oświadczam, iż wszystkie dane i informacje podane w złożonej ofercie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie ona zawarta,
10. zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
11. Oświadczam, że zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęćka, podpis)

Czytelny podpis oferenta \_\_\_\_\_