



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

.....
(nazwa i adres oferenta)

Zielona Góra 2025 r.
(data)

OFERTA

Dyrektor

**Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Zielonej Górze
ul. Wazów 42, 65-044 Zielona Góra**

CZĘŚĆ I

Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert na zawarcie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Zielonej Górze umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie [zakreślamy znakiem X rodzaj oferowanego świadczenia w oraz miejsce świadczenia]: **Oferuję (oferujemy) wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie, realizowanych dla SP ZOZ MSWiA w Zielonej Górze.**

- | | | | | |
|-----------|---|----------------|--|--------------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA | Z. Góra | <input type="checkbox"/> Gorzów | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> REHABILITACJA LECZNICZA | | | |
| | <input type="checkbox"/> OPIEKA PSYCHIATRYCZNA | | | |

- | | | | | |
|-----------|--|---------------|--|---|
| 2. | <input type="checkbox"/> PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA | | | |
| | <input type="checkbox"/> - LEKARZ | Z.Góra | <input type="checkbox"/> Gorzów | <input type="checkbox"/> Międzyrzecz |
| | <input type="checkbox"/> - PIEŁĘGNIARKA | | | |
| | <input type="checkbox"/> - POŁOŻNA | | | |

- | | | | | |
|-----------|---|---------------|--|--------------------------|
| 3. | <input type="checkbox"/> USŁUGI LEKARSKIE ŚWIADCZONE POZA NFZ | Z.Góra | <input type="checkbox"/> Gorzów | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> MEDYCINA PRACY | | | |

- | | | | | |
|-----------|--|---------------|--------------------------|--|
| 4. | DYŻURY W ODDZIALE SZPITALNYM: | | | |
| | <input type="checkbox"/> LEKARSKI | | | |
| | <input type="checkbox"/> PIEŁĘGNIARSKI | Z.Góra | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> OPIEKUNA MEDYCZNY | | | |



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

5. INNE ŚWIADCZENIA WYSZCZEGÓLNIONE W OGŁOSZENIU O KONKURSIE OFERT
Z.Góra Gorzów Międzyrzecz

1. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej (naszej) oferty, świadczeń zdrowotnych udzielać będziemy od dnia 1.1.2026 do dnia _____.2026 r. na warunkach i zasadach określonych w ofercie oraz umowie.

2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się:

- 1) z treścią ogłoszenia o konkursie ofert,
- 2) ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń,
- 3) z projektem umowy i nie zgłaszam do niego zastrzeżeń, w przypadku korzystnego rozstrzygnięcia konkursu, wyrażam zgodę na włączenie jego postanowień do treści stosunku umownego łączącego strony,
- 4) z właściwymi Rozporządzeniami Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu objętego ofertą i spełniam jej wymogi,

5) z właściwym zarządzeniem Prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju i zakresie świadczeń objętych ofertą i spełniam jej wymogi.

ust 4) i 5)[*nie dotyczą ofert: dyżurów lekarskich w oddziale szpitalnym, dyżurów opiekunów medycznych w oddziale szpitalnym, badań diagnostycznych*]

3. Oświadczam, że :

- 1) uważam (uważamy) się za związanego/ związaną/ związanych niniejszą ofertą przez okres wskazany w szczegółowych warunkach konkursu ofert.
- 2) dane przedstawione w niniejszej ofercie są zgodne ze stanem faktycznym.
- 3) zobowiązuję się (zobowiązujemy się) – w przypadku wyboru mojej (naszej) oferty przez SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Zielonej Górze – do zawarcia na okres objęty umową wymaganą zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa umowy ubezpieczenia OC.

4. Oferta została złożona na stronach (kartkach) podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr 1 do nr

5. Podaję proponowaną kwotę należności za realizację zamówienia (z ewentualną kalkulacją elementów należności) oraz proponowany czas trwania umowy.

6. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

- a) kwestionariusz oferty,
- b) załącznik nr 1 – aktualny wydruk z wpisu do właściwego rejestru,
- c) załącznik nr 2 – aktualny wydruk z KRS (jeśli istnieje),
- d) załącznik nr 3 – aktualny wydruk z CEiDG,
- e) załącznik nr 4 – *kopia lub ksero* decyzji o nadaniu nr NIP
- f) załącznik nr 5 – *kopia lub ksero* zaświadczenia o numerze identyfikacyjnym REGON,
- g) załącznik nr 6 – *kopia lub ksero* statutu oferenta (jeśli istnieje),
- h) załącznik nr 7 – *kopia lub ksero* prawa wykonywania zawodu,
- i) załącznik nr 8 – *kopie lub ksero* dyplomów potwierdzających kwalifikacje wymagane przepisami,
- j) załącznik nr 9 – *kopie lub ksero* dodatkowych kwalifikacji (odbyte kursy, szkolenia) wymagane przepisami,
- k) załącznik nr 10 – wykaz sprzętu medycznego wykorzystywanego w realizacji umowy wraz z *kopiami lub ksero* atestów,



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

- l) podmioty, które związane są przedmiotową umową z SP ZOZ MSWiA w Zielonej Górze mogą złożyć **oświadczenie**, że dokumenty (wymienić jakie) złożone do SP ZOZ MSWiA w Zielonej Górze w roku ubiegłym oraz dane w nich zawarte nie uległy zmianie i są aktualne (oświadczenie na końcu oferty),
- ł) oświadczenie oferenta o zatrudnianiu pracowników (oświadczenie na końcu oferty)

Wszystkie ww. kserokopie dokumentów potwierdzone formułą „ZA ZGODNOŚĆ”, datą i podpisem składającego ofertę. Brak podpisu na niniejszej ofercie spowoduje odrzucenie oferty !

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA SKŁADAJĄCYCH OFERTY

Zgodnie 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) dalej RODO (Dz.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych osób składających oferty w konkursie jest **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z siedzibą w Zielonej Górze, ul. Wazów 42, 65-044 Zielona Góra;**
 2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych – Pana Piotra Walania, z którym mogą się, z którą mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: rodo@poliklinika.zgora.pl
 3. Administrator będzie przetwarzał Państwa dane w celu realizacji postępowania konkursowego, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw nałożonych na administratora, wynikających z art. 26 i 27 ustawy o działalności leczniczej (Dz.U.2025. 450 ze zm.);
 4. Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym na podstawie przepisów prawa podmiotom, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. obsługa prawna, dostawa oprogramowania czy usług z zakresu obsługi teleinformatycznej, zleceniobiorca świadczący usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
 5. Państwa dane nie będą przekazywane do państw trzecich/organizacji międzynarodowych.
- Ponadto, zgodnie z art. 13 ust. 2 rozporządzenia RODO informujemy, że:
6. Państwa dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie przez okres prowadzenia konkursu na świadczenia zdrowotne, nie dłużej niż przez okres 5 lat od zakończenia postępowania konkursowego;
 7. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych) w przypadku, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami;
 8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w postępowaniu konkursowym, przeprowadzanym na potrzeby wyłonienia wykonawcy umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne objęte konkursem. Konsekwencją ewentualnego niepodania danych osobowych będzie wykonanie obowiązku prawnego nałożonego na Administratora, tj. odrzucenie oferty;
 9. Administrator w oparciu o Państwa dane osobowe nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany.

.....
data, podpis oferenta lub osoby
uprawnionej do reprezentowania
oferenta

.....
pieczęć oferenta



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

WNIOSEK OFERTOWY

Niniejszym składam ofertę w konkursie ofert na zawarcie przez SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Zielonej Górze umowy o udzieleniu świadczeń zdrowotnych dotyczącej:

*

DANE OFERENTA:

1	Pełna nazwa oferenta zgodnie z wpisem we właściwych rejestrach
2	Pełna nazwa organu, który utworzył zakład
3	Adres
4	Kod pocztowy
5	Powiat
6	Telefon
7	Fax
8	Poczta elektroniczna
9	NIP
10	REGON
11	Nazwa banku obsługującego
12	Nr konta bankowego związanego z prowadzeniem działalności gospodarczej, zgłoszone do Urzędu Skarbowego lub CEIDG
13	Imię i nazwisko dyrektora lub innych osób funkcyjnych, uprawnionych do występowania w imieniu oferenta **
14	Telefon kontaktowy

* wpisać właściwy rodzaj świadczeń zdrowotnych

** dotyczy zakładów opieki zdrowotnej



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

SZCZEGÓŁOWY FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ

NAZWA I ADRES PORADNI:

Lp.	Rodzaj aparatury i sprzętu medycznego	Typ/firma	Rok produkcji
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

.....

data i podpis oferenta



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ WRAZ Z CZASEM PRACY

WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ											
Lp.	Zakres świadczeń	Imię nazwisko osoby udziel. świadczenia	Nr prawa wykonyw. zawodu	Kwalifik acje	Miejsce udzielan ia świadcze ń	Czas pracy (dni i godziny)					uwag a
						Pon.d	Wtore	Środ	Czw.	Piątek	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1						od	od	od	od	od	
2						do	do	do	do	do	
3											
4											

Uwaga: dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych oraz innych osób wykonujących zawody medyczne

.....
data, podpis oferenta



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

CZĘŚĆ II

**PROPONOWANE KWOTY NALEŻNOŚCI ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA
(z ewentualną kalkulacją kosztów) WRAZ Z PROPONOWANYM CZASEM TRWANIA UMOWY**

1. <input type="checkbox"/> AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA Z.Góra <input type="checkbox"/> Gorzów <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> REHABILITACJA LECZNICZA
<input type="checkbox"/> OPIEKA PSYCHIATRYCZNA

pieczęć oferenta

UMOWY ZAWIERANE W RAMACH NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA						
TYP ŚWIADCZENIA	RODZAJ ŚWIADCZENIA UDZIELANEGO PRZEZ	liczba punktów na rok	liczba punktów na miesiąc	cena punktu	kwota należności za realizację zamówienia	czas trwania umowy
				cena porady		
AMUBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	lekarz – specjalista					
	lekarz w Porad. Rehab.					
	fizykoterapeuta w zakresie zab. rehab. w warun. dom.					
REHABILITACJA LECZNICZA	fizykoterapeuta w zakresie zab. rehab. w warun. ambu.					



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

	logopeda w Oddz. Rehab. Neurolog.	-	-		-	
	psycholog w Oddz. Rehab. Neurolog.	-	-		-	
	terapeuta w Oddz. Rehab. Neurolog.	-	-		-	

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA	psychiatra w Oddz. Dzień. Zaburz. Nerw.					
	psycholog w Oddz. Dzień. Zaburz. Nerw.					
	psychoterapeuta w Oddz. Dzień. Zaburz. Nerw.					
	psycholog w poradni leczenia nerwic					
	psychiatra w poradni leczenia nerwic					
	Psychoterapeuta w poradni leczenia nerwic					
	psychiatra w Porad. Zdrow. Psych.					
	psychoterapeuta w Porad. Zdrow. Psych					
	psycholog w Porad. Zdrow. Psych.					



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

	psycholog w Porad.Psychol.					
	psychoterapeuta w Porad.Psychol.					

.....
data, podpis oferenta



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

UMOWA W RAMACH NFZ				
L.p.	Nazwa świadczenia	jednostka rozliczeniowa	Wartość miesięcz. stawki kapit., ceny jednostkowej(w PLN)	czas trwania umowy
1.1	Świadczenia lekarza poz			
1.1.1	Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni do 6 rż	Stawka kapitacyjna miesięczna		
1.1.2	Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni 7-19 rż	Stawka kapitacyjna miesięczna		
1.1.3	Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni 20-39 rż	Stawka kapitacyjna miesięczna		
1.1.4	Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni 40-65 rż	Stawka kapitacyjna miesięczna		
1.1.5	Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni w wieku od 66. do 75. r.ż.	Stawka kapitacyjna miesięczna		
1.1.6	Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni powyżej 75 rż	Stawka kapitacyjna miesięczna		
1.1.7	Kapitacja w opiece lekarskiej poz podopieczni DPS lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej	Stawka kapitacyjna miesięczna		
1.1.8	Opieka nad pacjentem z wielochorobowością:			



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

	GRUPA 1		
	GRUPA 2		
	GRUPA 3		
	GRUPA 4		
1.1.9	Świadczenie lekarza poz w profilaktyce ChUK	Porada	
1.1.10	Świadczenie lekarza poz udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada	
1.1.11	Świadczenie lekarza poz udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Porada	
1.1.12	Świadczenie lekarza poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	
1.1.13	Świadczenie lekarza poz w ramach kwalifikacji do realizacji transportu „dalekiego” w POZ	Porada	
1.1.14	Świadczenie lekarza poz związane z wydaniem karty DiLO	Porada	
1.1.15	Świadczenie lekarza poz związane z wydaniem zaświadczenia osobie niezdolnej do samodzielnej egzystencji	Porada	



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

1.1.16	Pierwszorazowe świadczenie lekarza poz związane z oceną stanu zaszczepienia oraz stanu zdrowia wraz ze szczepieniem dla osoby spoza listy świadczeniobiorców innej niż ubezpieczona, uprawnionej do świadczeń na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy	Porada	
1.1.17	Świadczenie lekarza poz związane z realizacją indywidualnego kalendarza szczepień (IKSz) dla osoby spoza listy świadczeniobiorców innej niż ubezpieczona, uprawnionej do świadczeń na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy	Porada	
1.1.18	test antygenowy w kierunku: SARS-CoV-2/grypy A+B/RSV	Świadczenie	
1.1.19	Wykonanie zalecanego szczepienia przeciwko Ludzkiemu Wirusowi Brodawczaka (HPV)***	Świadczenie	
1.1.20	Wykonanie zalecanego szczepienia przeciwko COVID - 19	Świadczenie	
1.1.21	Wykonanie zalecanego szczepienia przeciwko Ludzkiemu Wirusowi Brodawczaka (HPV) w placówce szkolnej	Świadczenie	



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

UMOWA W RAMACH NFZ				
L.p.	Nazwa świadczenia	jednostka rozliczeniowa	Wartość miesięcz. stawki kapit., ceny jednostkowej (w PLN)	czas trwania umowy
2.1	Świadczenia pielęgniarki POZ			
2.2	Kapitacja w opiece pielęgniarskiej poz ubezpieczeni do 6 rż	Stawka kapitacyjna miesięczna		
2.3	Kapitacja w opiece pielęgniarskiej poz ubezpieczeni 7-65 rż	Stawka kapitacyjna miesięczna		
2.4	Kapitacja w opiece pielęgniarskiej poz ubezpieczeni powyżej 65 rż	Stawka kapitacyjna miesięczna		
2.5	Kapitacja w opiece pielęgniarskiej poz podopieczni DPS lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej	Stawka kapitacyjna miesięczna		
2.6	Świadczenie pielęgniarki poz w ramach realizacji profilaktyki gruźlicy	Porada		
2.7	Świadczenie pielęgniarki poz udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada		



**KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026**

2.8	Świadczenie pielęgniarstwa poz udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Porada	
2.9	Świadczenie pielęgniarstwa poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	
	Świadczenie pielęgniarstwa poz w profilaktyce CHUK	Porada	

UMOWA W RAMACH NFZ				
L.p.	Nazwa świadczenia	jednostka rozliczeniowa	Wartość miesięcz. stawki kapit., ceny jednostkowej (w PLN)	czas trwania umowy
3.1	Świadczenia położnej POZ			
3.2	Kapitacja w opiece położnej poz	Stawka kapitacyjna miesięczna		



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

3.3	Wizyta położnej poz w edukacji przedporodowej	Porada	
3.4	Wizyta położnej poz w edukacji przedporodowej – wada letalna płodu	Porada	
3.5	Wizyta patronażowa położnej poz	Porada	
3.6	Wizyta patronażowa położnej poz /wizyta w opiece nad kobietą po rozwiązaniu ciąży – wada letalna płodu	Porada	
3.7	Wizyta położnej poz w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych	Porada	
3.8	Świadczenie położnej poz udzielane w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada	
3.9	Świadczenie położnej poz udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Porada	
3.10	Świadczenie położnej poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

3.11	Świadczenie położnej poz – pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego	Porada	
3.12	Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie do 10. tyg. ciąży	Wizyta	
3.13	Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie od 11. do 14. tyg. ciąży	Wizyta	
3.14	Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie od 15. do 20 tyg. ciąży	Wizyta	
3.15	Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie od 21. do 26 tyg. ciąży	Wizyta	



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

3.16	Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie 27. do 32 tyg. ciąży	Wizyta	
3.17	Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie od 33. do 37. tyg. ciąży	Wizyta	
3.18	Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie od 38. do 39. tyg. ciąży	Wizyta	
3.19	Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie po 40. tyg. ciąży	Wizyta	
3.20	Wizyta związana z wykonaniem Holtera RR	Wizyta	

.....
data i podpis oferenta



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

3. USŁUGI LEKARSKIE ŚWIADCZONE POZA NFZ Z.Góra Gorzów
 MEDYCYNA PRACY

pieczęć oferenta

UMOWY OTWARTE (POZA NARODOWYM FUNDUSZM ZDROWIA)		
RODZAJE ŚWIADCZEŃ	stawka w zł	czas trwania umowy
konsultacje dla potrzeb medycyny pracy i Komisji Lekarskiej		
konsultacje w oddziale szpitalnym		
porady lekarskie płatne		
wydanie zaświadczenia wskazanego w §.1 zarządzenia nr 21/2011 Dyrektora SP ZOZ MSWiA		
wydanie opinii wskazanej w §.1 ust. k. zarządzenia nr 21/2011 Dyrektora SP ZOZ MSWiA		
Usługi lekarskie lekarza Medycyny Pracy		

.....
data, podpis oferenta



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

4. DYŻURY NA ODDZIAŁACH SZPITALNYCH:

- LEKARSKI
- OPIEKUNA MEDYCZNEGO

pieczęć oferenta

SPECJALISTA	typ dyżuru	stawka 1 godz./zł
LEKARZ	zwykły	
	święteczny	
OPIEKUN MEDYCZNY	dyżur opiekuna medycznego	

.....

data, podpis oferenta



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

5. INNE ŚWIADCZENIA WYSZCZEGÓLNIONE W OGŁOSZENIU O KONKURSIE OFERT
Z. Góra Gorzów Międzyrzecz

OFERENT MOŻE DOŁĄCZYĆ WŁASNĄ SPECYFIKACJĘ WRAZ Z CENNIKIEM

pieczęć oferenta

rodzaj świadczenia	cena za świadczenie w zł

Jeżeli oferta przekracza 10 pozycji, prosimy o złożenie jej w wersji papierowej oraz elektronicznej.

.....
data, podpis oferenta

.....
(oferent)

.....
(miejsowość, data)



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że następujące dokumenty:

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

zostały złożone do SP ZOZ MSWiA w Zielonej Górze w postępowaniach konkursowych w ubiegłych latach a dane w nich zawarte nie uległy zmianie i są aktualne.

.....
(podpis oferenta)



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zatrudniam/nie zatrudniam pracowników w ramach stosunku pracy/ w ramach umowy cywilnoprawnej.

*niepotrzebne skreślić

.....
(podpis oferenta)



KONKURS OFERT W SP ZOZ MSWiA w ZIELONEJ GÓRZE NA OKRES
w okresie od 1.1.2026 do 30.06.2026
oraz od 1.1.2026 do 31.12.2026

.....
Pieczętka z pełną nazwą Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że spełniam warunki określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą o działalności leczniczej (Dz.U.2025. 450 ze zm).
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i wyrażam zgodę na włączenie jego istotnych postanowień do treści docelowej umowy, która zostanie podpisana w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam, że zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, że pozostanę związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania usług z należytą starannością swego działania wymagana od profesjonalisty i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.
8. Oświadczam, że umowę będę realizował zgodnie z obowiązującymi przepisami NFZ.
9. Oświadczam, że wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Zielonej Górze, ul. Wazów 42, 65-044 Zielona Góra na czas trwania umowy i do wymaganej archiwizacji określonej w przepisach szczególnych.

.....
Data i podpis Oferenta