

**Regulamin Konkursu Ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna  
w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla potrzeb  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
przy ul. Bialskiej 104/118**

**I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA.**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny  
ul. Bialska 104/118  
42-200 Częstochowa  
tel. (34) 367 31 04  
fax. (34) 365 17 56

**II. PRZEDMIOT KONKURSU.**

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zgodnie z Zarządzeniem nr 71/2027/DSM Prezesa NFZ z dnia 11.08.2017r. w sprawie określenia zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz. U. z 2023r., poz. 1427 ze zm.), Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (tekst jednolity Dz. U. z 2024r. poz. 336 ze zm.) oraz w przepisach odrębnych, zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami, z zachowaniem poszanowania praw pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z najwyższą starannością.

2. Świadczenia gwarantowane nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych obejmują:

- 1) poradę lekarską udzieloną w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
- 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w warunkach ambulatoryjnych, zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji;
- 3) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z poradą, o której mowa w pkt.1.

Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 2 są realizowane przez lekarzy lub pielęgniarki od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18.00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele, święta i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 dnia danego do godziny 8:00 dnia następnego, w warunkach ambulatoryjnych.

3. Świadczenia gwarantowane nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy obejmują:

- 1) poradę lekarską udzielaną w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy;
- 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, w tym świadczenia zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji;
- 3) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźne, w związku z poradą, o której mowa w pkt. 1.

Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 3 są realizowane przez lekarzy lub pielęgniarki od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18.00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele, święta i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 dnia danego do godziny 8:00 dnia następnego, w warunkach ambulatoryjnych.

**4.** Świadczenie usług zdrowotnych odbywać się będzie przez personel medyczny: lekarzy i pielęgniarki posiadających kwalifikacje zgodnie z przepisami prawa, w liczbie **minimum 2 zespoły stacjonarno-wyjazdowe. W skład jednego zespołu stacjonarno - wyjazdowego wchodzi 1 lekarz i 1 pielęgniarka.** *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do zapewnienia ciągłej obecności 1 zespołu stacjonarnego w obiekcie przy ul. Bialskiej 104/118. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do zmiany lokalizacji obiektu, przy zachowaniu obowiązujących przepisów.

**5.** Świadczenie usług medycznych odbywać się będzie przy zastosowaniu sprzętu, aparatury medycznej, środków farmakologicznych, materiałów medycznych i innych niezbędnych do należytej realizacji świadczeń zapewnionych przez *Udzielającego Zamówienia*.

**6.** Do realizacji przedmiotu zamówienia *Udzielający Zamówienia* udostępni nieodpłatnie pomieszczenia zlokalizowane w obiekcie przy ul. Bialskiej 104/118 w Częstochowie.

**7.** Koszty wykonywania badań: laboratoryjnych, RTG oraz innych niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych ponosi *Przyjmujący Zamówienie*. Badania wykonywane będą przez *Udzielającego Zamówienia*. Za wykonanie badania *Udzielający Zamówienia* wystawi *Przyjmującemu Zamówienie* fakturę.

**8.** *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie w przypadku otrzymania zmniejszonego kontraktu z NFZ prawo do zmniejszenia ilości godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych, bez ponoszenia z tego tytułu na rzecz *Przyjmującego Zamówienie* jakichkolwiek kosztów.

**9.** *Udzielający Zamówienia* nie jest zobowiązany do zlecenia *Przyjmującemu Zamówienie* maksymalnej ilości godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w okresie obowiązywania umowy.

**10.** Świadczenie usług medycznych wykonywane będzie przez *Przyjmującego Zamówienie* zgodnie z wymogami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia i zgodnie z warunkami umowy.

### **III. ZASADY WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE.**

**1.** Wykonywanie zamówienia odbywać się będzie na wymaganym przepisami poziomie, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy, sztuki medycznej oraz etyki zawodowej, normami umożliwiającymi akredytację i certyfikację, obowiązującymi przepisami prawa, warunkami niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert, postanowieniami umowy, przy zachowaniu najwyższej staranności w wykonywanej pracy na rzecz *Udzielającego Zamówienia*.

**2.** Wydawanie e-recept, orzeczeń lekarskich, e-skierowań, opinii i zaświadczeń wymaganych

w podmiotach leczniczych przez obowiązujące przepisy prawa, w tym wystawianie przez lekarza e-zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy.

**3. Przyjmujący Zamówienie** zobowiązany jest do wydawania kart zgonu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz. U. 1961.39.202) oraz Ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 576).

**4. Przyjmujący Zamówienie** udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej obowiązany jest do dokumentowania świadczeń udzielanych w każdym z miejsc udzielania świadczeń oraz dodatkowych miejsc przyjmowania pacjentów, w wersji elektronicznej, zgodnie z wymogami obowiązującymi u *Udzielającego Zamówienia*.

**5.** Prowadzona dokumentacja zbiorcza zawiera w szczególności:

1) dane osobowe pacjenta, tj.: imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL, a w przypadku jego braku – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;

2) datę zgłoszenia świadczenia oraz tryb jego udzielania (ambulatoryjnie, w formie porady telefonicznej, w formie wizyty w miejscu przebywania pacjenta), a w przypadku świadczeń udzielanych w miejscu przebywania pacjenta, także godzinę przyjęcia zgłoszenia;

3) przyczynę zgłoszenia;

4) informację o odmowie realizacji zgłoszenia wraz z podaniem uzasadnienia dokonanej odmowy;

5) datę wykonania świadczenia, a w przypadku wizyty w miejscu przebywania pacjenta, także godzinę wyjazdu oraz godzinę powrotu osoby udzielającej świadczenia;

6) informacje dotyczące udzielonego świadczenia:

a) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu,

b) wydane pacjentowi zalecenia, skierowania, recepty na leki, zaświadczenia lub inne dokumenty związane z udzielonym świadczeniem;

7) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń (imię i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu).

**6.** Dokumentacja zbiorcza jest prowadzona i dostępna w miejscu udzielania świadczeń.

**7. Przyjmujący Zamówienie** obowiązany jest do gromadzenia i wprowadzania do systemu informacji o zrealizowanych rodzajach świadczeń.

**8.** W przypadku osób nieubezpieczonych, w tym obcokrajowców, *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do poinformowania w/w pacjentów o konieczności zapłaty za wykonane świadczenia zdrowotne, zgodnie z Cennikiem Usług Medycznych, obowiązującym u *Udzielającego Zamówienia*.

**9.** W przypadku pacjentów nieubezpieczonych, którym *Przyjmujący Zamówienie* udzielił świadczeń zdrowotnych, *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do przekazania informacji do Sekcji Ewidencji Majątku i Rejestru Sprzedaży lub do Działu Umów Medycznych, celem wystawienia faktury. Informacja powyższa powinna zawierać: imię i nazwisko pacjenta, adres zamieszkania. PESEL, oraz określenie jakiego rodzaju świadczenie zdrowotne zostało udzielone. Informację do wystawienia faktury *Przyjmujący Zamówienie* przekaże *Udzielającemu Zamówienia* niezwłocznie po wykonanych świadczeniach.

#### **IV. WYMAGANIA STAWIANE PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE.**

- 1.** O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Oferenci posiadający uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, tj. podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 799) w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia.
- 2.** Oferenci muszą być uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, tzn. są zarejestrowani we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP.
- 3.** Posiadają niezbędną wiedzę, doświadczenie tzn. posiadają doświadczenie zawodowe w prowadzeniu działalności objętej konkursem oraz posiadają niezbędne kwalifikacje do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie objętym przedmiotem zamówienia, zgodnie z wymaganiami NFZ, przez cały okres obowiązywania umowy.
- 4.** Posiadają polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 5.** *Przyjmujący Zamówienie* przed rozpoczęciem realizacji umowy ma obowiązek zapoznać się z obowiązującymi w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przepisami wewnętrznymi, w szczególności przepisami PPOŻ, BHP, Regulaminem Organizacyjnym oraz warunkami realizacji świadczeń zakontraktowanych przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie z Narodowym Funduszem Zdrowia.
- 6.** W toku realizacji Umowy, *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do bezwzględnego przestrzegania obowiązujących u *Udzielającego Zamówienia*: Regulaminu Organizacyjnego, innych wewnętrznych regulaminów, zarządzeń, poleceń służbowych, procedur i instrukcji m. in. związanych z wdrożonymi standardami akredytacyjnymi oraz funkcjonującym w szpitalu Systemem Zarządzania Jakością wg normy ISO 9001:2015 i przyjętej z tym związanej Polityki SZ, która stanowi integralną część umowy. Poza tym, *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do bezwzględnego przestrzegania przepisów BHP, PPOŻ, oraz wdrożonych polityk bezpieczeństwa.
- 7.** *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się w trakcie realizacji przedmiotu zamówienia do ochrony danych osobowych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, niezależnie od sposobu w jaki wszedł w ich posiadanie, w szczególności ustawy o ochronie danych osobowych, tj.: Ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2019r. poz. 1781) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/676 z 27.04.2016r. 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. Urz. UE L 119, s 1) – RODO oraz ustawy o prawach pacjenta i rzecznika praw pacjenta.
- 8.** Oferty lekarzy zatrudnionych jednocześnie u *Udzielającego Zamówienia* w ramach umowy o pracę, zostaną odrzucone bez rozpatrzenia.
- 9.** Oferty złożone przez podmioty, których umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia zostały rozwiązane na skutek nałożonych kar, zostaną odrzucone bez rozpatrzenia.
- 10.** *Przyjmujący Zamówienie* nie może w okresie obowiązywania niniejszej umowy udzielać

świadczeń zdrowotnych w oparciu o zawartą z NFZ umowę (stosownie do treści przepisu art.132 ust 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 146).

#### **V. OKRES I TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA.**

Termin realizacji zamówienia: **12 m-cy od daty zawarcia umowy.**

#### **VI. POSTANOWIENIA OGÓLNE.**

1. Rodzaj Konkursu: otwarty.
2. Forma składania ofert: pisemna.
3. Udzielający Zamówienia nie dopuszcza składania ofert częściowych.
4. Rodzaj postępowania konkursowego: porównanie ofert i wybór najkorzystniejszej oferty wg kryterium oceny ofert – **najniższe miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe za wykonywane świadczenia - cena 100%.**

#### **VII. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, napisana czytelnym pismem ręcznym przy użyciu nieścieralnego atramentu, komputerowo lub na maszynie i podpisana przez osobę uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.
2. Oferta winna zawierać wyłącznie dokumenty posiadające atrybut wiarygodności tzn. każdy dokument należy sygnować oryginalnym podpisem osoby upoważnionej do reprezentowania firmy na zewnątrz.
3. Oferowana cena powinna zawierać wszystkie koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem pkt. 5, 6 - Rozdział II Przedmiot konkursu.
4. Wszystkie miejsca, w których Oferent naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
5. Oferent winien zamieścić ofertę w zapieczętowanej kopercie, która będzie zaadresowana na *Udzielającego Zamówienia*. Koperta powinna ponadto posiadać następujące oznaczenie:

**„Konkursu Ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna  
w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla potrzeb  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
przy ul. Białskiej 104/118 – postępowanie konkursowe nr KO/119/2024  
nie otwierać do dnia 23.12.2024r. godz. 13 :15”,**

z podaniem nazwy i adresu Oferenta.

6. Poza oznaczeniami podanymi powyżej koperta powinna zawierać nazwę i adres Oferenta, aby można było odesłać ofertę w przypadku stwierdzenia, że została złożona po upływie wyznaczonego terminu.
7. Oferent nie może wycofać złożonej oferty po upływie terminu do składania ofert.
8. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

## **VIII. WYMAGANE DOKUMENTY, KTÓRE SKŁADA OFERENT**

1. Oferta musi zawierać następujące dokumenty:

- a) oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i „Regulaminu Konkursu Ofert”;
- b) oświadczenie Oferenta o związaniu niniejszą ofertą;
- c) oświadczenie o zaakceptowaniu projektu umowy oraz uzupełnienia niniejszej umowy, tj.: umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
- d) dokument potwierdzający wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: wydruk z Księgi Rejestrowej z datą nie wcześniejszą niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert;
- e) z Krajowego Rejestru Sądowego (**KRS**), wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert;
- f) oświadczenie o posiadanym co najmniej 3-letnim doświadczeniu w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnym z przedmiotem konkursu;
- g) oświadczenie o braku nałożonych karach przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnym z przedmiotem konkursu, skutkujące częściowym lub całościowym rozwiązaniem umowy z NFZ;
- h) oświadczenie o zapewnieniu do realizacji świadczeń w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, co najmniej jednego środka transportu, a w razie potrzeby większej liczby;
- i) kopie dyplomów lekarzy;
- j) kopie prawa wykonywania zawodu lekarzy;
- k) kopie dyplomów pielęgniarek;
- l) kopie prawa wykonywania zawodu pielęgniarek;
- ł) kopię dokumentów wskazujących na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji (jeśli dotyczy);
- m) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez Oferenta umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa;  
W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, Oferent dodatkowo przedstawia pisemne oświadczenie, z którego treści wynika, iż zobowiązuje się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.  
W przypadku braku polisy OC Oferent może złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.  
Oferent, którego oferta zostanie wybrana zobowiązany będzie do przedłożenia aktualnej polisy OC najpóźniej w dniu zawarcia umowy pod rygorem odmowy jej zawarcia przez *Udzielającego Zamówienia*. Kopia formularza polisy OC ubezpieczeniowej stanowić będzie załącznik do umowy.
- n) aktualne zaświadczenie lekarskie dla zgłoszonego personelu (indywidualnie dla każdej osoby);
- o) aktualne zaświadczenie o odbytym kursie bhp, zgodnie z zajmowanym stanowiskiem, dla zgłoszonego personelu (indywidualnie dla każdej osoby);
- p) wykaz lekarzy i pielęgniarek (personelu) zabezpieczających świadczenia zdrowotne

ze wskazaniem m.in. numeru prawa wykonywania zawodu i posiadanych kwalifikacji, wg wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego;

- r) w przypadku złożenia oferty przez podmiot leczniczy zatrudniający personel medyczny, Przyjmujący Zamówienie złoży oświadczenie potwierdzające zawarcie umów z personelem medycznym na dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych;
- s) oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji – załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego;
- t) oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji – załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego.

**2.** Brak choćby jednego z wymaganych dokumentów mających potwierdzić wiarygodność Oferenta lub złożenie dokumentów w niewłaściwej formie, (np. kserokopie niepotwierdzone „za zgodność z oryginałem”, brak podpisu osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta) stanowi podstawę wezwania Oferenta przez Komisję do usunięcia braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

**3.** Oferta może zostać odrzucona także w przypadkach wskazanych w art. 149 ust 1 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U z 2024r, poz. 146).

**4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do złożenia przed zawarciem umowy, tj.: do dnia 31.12.2024r. do godziny 10:00 - niżej wymienionych dokumentów:**

**a)** Informację z Krajowego Rejestru Karnego osoby lub osób, które udzielać będą świadczenia zdrowotne objęte przedmiotową umową, w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomani (t.j. Dz.U. z 2023r., poz. 1939 z późn. zm.) lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego,

**b)** W przypadku osoby lub osób, które udzielać będą świadczenia zdrowotne objęte przedmiotową umową, posiadającej/y ch obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska, niezależnie od informacji, o której mowa w pkt a, informacji z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, jeżeli państwa te nie przewidują wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, informacji z rejestru karnego tych państw,

**c)** Oświadczenie o państwie lub państwach, w których osoba lub osoby, które udzielać będą świadczenia zdrowotne objęte przedmiotową umową, dana osoba zamieszkiwała w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa oraz złożenie wraz z tym oświadczeniem informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, a jeżeli państwa te nie przewidują wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, informacji z rejestru karnego tych państw, zgodnie z załącznikiem nr 4 do formularza ofertowego,

**d)** W przypadku, gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona informacja, o której mowa w pkt. b oraz pkt. c nie przewiduje jej sporządzenia lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego, osoba lub osoby, które udzielać będą świadczenia zdrowotne objęte przedmiotową umową, składają oświadczenia o tym fakcie wraz z oświadczeniem o tym, że nie była prawomocnie

skazana w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwu określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii, oraz nie wydano wobec niej innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściła się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma 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 leczeniem, zgodnie z załącznikiem Nr 5 i 6 do formularza ofertowego.

#### **IX. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ ZAMAWIAJĄCY PRZY WYBORZE OFERTY.**

1. Oceny ofert dokonuje Komisja Konkursowa.
2. W pierwszej kolejności sprawdzeniu będzie podlegało spełnienie warunków formalnych.
3. Komisja Konkursowa wybiera najkorzystniejsze oferty dla *Udzielającego Zamówienia* albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
4. Komisja Konkursowa dokonuje porównania złożonych ofert wg najniższej ceny brutto (**Cena 100%**), stanowiącej miesięczne ryczałtowe wynagrodzenie oraz ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń i kwalifikacji personelu.
5. Oferowana cena, wskazana w ofercie powinna zawierać wszystkie koszty osobowe związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia i powinna być podana z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.
6. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do prowadzenia negocjacji w sprawie ceny zaoferowanej przez *Przyjmującego Zamówienie*, w przypadku gdy zostaną złożone dwie lub więcej równorzędnych ofert.

#### **X. SPOSÓB POROZUMIEWANIA SIĘ Z OFERENTAMI.**

1. Oferent może zwracać się do *Udzielającego Zamówienia* odnośnie wszelkich wątpliwości dotyczących Regulaminu Konkursu Ofert, kierując swoje zapytania najpóźniej na 3 dni przed terminem składania ofert na adres *Udzielającego Zamówienia* tylko na piśmie pocztą, pocztą elektroniczną na adres: jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl lub faksem na nr 34 365 17 56-sekretariat. Kontakt: od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 14.00.
2. Pisemne odpowiedzi *Udzielający Zamówienia* umieszcza na stronie internetowej [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce konkursy.
3. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo zmiany lub uzupełnienia treści Regulaminu Konkursu Ofert w czasie nie krótszym, niż 1 dzień przed upływem terminu składania ofert.
4. Informacja o wprowadzonych zmianach zostanie zamieszczona na stronie internetowej *Udzielającego Zamówienia* w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
5. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert, przesunięcia terminu składania ofert, na każdym jego etapie, bez podania przyczyny.

#### **XI. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT.**

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
im. Najświętszej Maryi Panny**



**42-200 Częstochowa, ul. Bialska 104/118**  
**Kancelaria pok. 3.42 (II piętro) Pawilon D.**  
**Termin składania ofert: 23.12.2024r. do godz. 13.00**

**Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.**

## **XII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ.**

Oferent jest związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

## **XIII. INFORMACJE O TRYBIE OTWARCIA OFERT I ICH OCENY.**

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w dniu **23.12.2024r. o godz. 13.15** w siedzibie *Udzielającego Zamówienia* - Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa, **Pawilon D, II piętro pok. 3.02.**
2. Komisja Konkursowa przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert dokonuje następujących czynności:
  - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert;
  - b) otwiera koperty z ofertami;
  - c) ustala, które z ofert spełniają warunki konkursu;
  - d) odrzuca oferty nieodpowiadające warunkom konkursu;
  - e) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez Oferentów;
  - f) dokonuje analizy ofert i wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert;
  - g) ogłasza nazwę Oferenta, którego oferta została wybrana;
3. W toku dokonywania oceny złożonych ofert *Udzielający Zamówienia* może żądać udzielenia przez Oferentów wyjaśnień dotyczących treści złożonych przez nich ofert.
4. W przypadku, gdy do postępowania konkursowego zgłoszona została tylko jedna oferta, *Udzielający Zamówienia* może przyjąć tę ofertę, jeżeli Komisja Konkursowa stwierdzi, że z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.
5. Z przebiegu konkursu sporządzony zostanie protokół.
6. Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadomi Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku zamieszczając informację na stronie internetowej szpitala: [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

## **XIV. PROTESTY I ODWOŁANIA.**

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnej objętych przedmiotem niniejszego postępowania ulega zawieszeniu, chyba, że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
3. Komisja Konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu do 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.

4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
5. Informacje o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na stronie internetowej *Udzielającego Zamówienia* – Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118.
6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
7. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
8. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie do 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

#### **XV. UMOWA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE.**

1. *Udzielający Zamówienia* zobowiązany jest zawrzeć, w terminie do 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert z Oferentem, którego oferta jako najkorzystniejsza została wybrana przez Komisję Konkursową, umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania o treści stanowiącej Załącznik Nr 2 do niniejszego Regulaminu oraz uzupełnienie niniejszej umowy, tj.: umowę powierzenia danych osobowych o treści stanowiącej Załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.
2. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo prowadzenia negocjacji w sprawie warunków umowy.
3. W przypadku, gdy umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania, nie zostanie zawarta z winy Oferenta, wówczas jest on zobowiązany do naprawienia spowodowanej tym szkody na zasadach ogólnych określonych w Kodeksie Cywilnym.
4. Wybrany Oferent będzie prowadził dokumentację medyczną oraz statystyczną, wymaganą obowiązującymi w tej materii przepisami prawa oraz podda się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2024r., poz. 146) w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez *Udzielającego Zamówienia* z NFZ.
5. Oferent nie może powierzyć, bez zgody *Udzielającego Zamówienia*, wykonywania przedmiotu umowy podmiotom lub osobom trzecim niewyłonionym w niniejszym postępowaniu.

#### **XVI. TRYB POSTĘPOWANIA.**

Niniejsze postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie i zgodnie z przepisami:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U z 2024r. poz. 799);
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024r. , poz. 146).

Dyrektor  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
Łukasz Połatyński

**Załącznik nr 1 do Regulaminu Konkursu Ofert**

**FORMULARZ OFERTY – KO/119/2024**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna**  
**w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla potrzeb**  
**Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego**  
**im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie**  
**przy ul. Bialskiej 104/118**

*(Przyjmujący Zamówienie nie może dokonywać żadnych zmian w formularzu oferty)*

**NAZWA OFERENTA:**

.....

**ADRES:**

ulica ..... nr ..... nr lok. ....

Kod pocztowy : ..... Miejscowość: .....

Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

.....

Nr księgi rejestrowej: .....

**NIP** .....

**REGON** .....

**Nr konta bankowego** .....

**Telefon kontaktowy:** .....

**Adres e-mail:** .....

1) Przystępując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118 oferuję przyjęcie do wykonania zamówienie w zakresie objętym Regulaminem konkursu ofert.

2) Przedmiotem oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej

opieki zdrowotnej, zgodnie z Zarządzeniem nr 51/2022/DSM Prezesa NFZ z dnia 14.04.2022r. w sprawie określenia zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz. U. z 2023r., poz. 1427 ze zm.), Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (tekst jednolity Dz. U. z 2024r. poz. 336 ze zm.) oraz w przepisach odrębnych, zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami, z zachowaniem poszanowania praw pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z najwyższą starannością.

**Termin świadczenia usług: 12 m-cy od daty zawarcia umowy.**

**Oferowane miesięczne ryczałtowe wynagrodzenie za wykonane świadczenia zdrowotne objęte przedmiotem zamówienia dla dwóch zespołów stacjonarno-wyjazdowych wynosi:**

..... zł brutto (słownie złotych:  
.....)

**Oświadczenia:**

- 1) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na świadczenia zdrowotne dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, ul. Bialska 104/118, którą akceptuję.
- 2) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią „Regulaminu konkursu ofert”, którą akceptuję.
- 3) Oświadczam, że uważam się związany/a niniejszą ofertą na czas wskazany w „Regulaminie Konkursu Ofert”.
- 4) Oświadczam, że zawarte w Regulaminie konkursu ofert projekty umów zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umów na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez *Udzielającego Zamówienia*.
- 5) Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki udziału w postępowaniu i nie podlegam wykluczeniu z postępowania.
- 6) Oświadczam, że posiadam co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnym z przedmiotem konkursu.
- 7) Oświadczam, że nie posiadam nałożonych kar przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnych z przedmiotem konkursu.
- 8) Oświadczam, że zapewnię do realizacji świadczeń w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, co najmniej jeden środek transportu, a w razie potrzeby większą liczbę.
- 9) Potwierdzam zawarcie umów z personelem medycznym na dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych.
- 10) Oświadczamy, że wszelkie osoby jakie będą w moim imieniu wykonywały przedmiot zamówienia posiadają wszelkie niezbędne uprawnienia wymagane przepisami obowiązującego prawa przez cały okres obowiązywania umowy.

11) Oświadczamy, że harmonogram zabezpieczający udzielanie świadczeń na pierwszy miesiąc obowiązywania umowy, tj.: od dnia 01.01.2025r. do dnia 31.12.2025r. zostanie dostarczony do *Udzielającego Zamówienia* najpóźniej w dniu **30.12.2024r. do godziny 11:00.**

**Do oferty dołączam wymagane dokumenty:**

- a) aktualny wydruk z Księgi Rejestrowej, wydrukowana nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert.
- b) aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) wydrukowane nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert.
- c) kopie dyplomów lekarzy.
- d) kopie prawa wykonywania zawodu lekarzy.
- e) kopie dyplomów pielęgniarek.
- f) kopie prawa wykonywania zawodu pielęgniarek.
- g) kopię dokumentów wskazujących na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji (jeśli dotyczy).
- h) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez Oferenta umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.  
Oświadczam i zobowiązuję się, że w przypadku, gdy posiadana polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.
- i) aktualne zaświadczenie lekarskie dla zgłoszonego personelu (indywidualnie dla każdej osoby).
- j) aktualne zaświadczenie o odbytym kursie bhp, zgodnie z zajmowanym stanowiskiem, dla zgłoszonego personelu (indywidualnie dla każdej osoby).
- k) wykaz lekarzy i pielęgniarek (personelu) zabezpieczających świadczenia zdrowotne ze wskazaniem m. in. numeru prawa wykonywania zawodu i posiadanych kwalifikacji, wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do formularza ofertowego.
- l) oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji - zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego;
- ł) oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji - zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego.
- m) Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do złożenia przed zawarciem umowy, tj.: do dnia 31.12.2024r. do godziny 10:00 - dokumentów wymienionych w Rozdziale VIII Regulaminu Konkursu Ofert w pkt. 4, ppkt. a, b, c, d. Odpowiednie załączniki nr 4, 5 i 6 do Formularza Ofertowego, Udzielający Zamówienia składa przed zawarciem umowy, tj.: do dnia 31.12.2024r. do godziny 10:00.**

..... dnia .....

/Miejscowość/ /data/

.....

/Pieczętka i czytelny podpis Oferenta/

**WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH – NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA**

*Załącznik nr 1 do Formularza Ofertowego*

*Załącznik nr 1 do Formularza Ofertowego*

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Nr dyplomu	Data wydania dyplomu	Nr prawa wykonywania zawodu	Organ wydający prawo wykonywania zawodu i data wydania	Stopień specjalności i data uzyskania specjalności	Wymiar zatrudnienia w wymiarze tygodniowym i miesięcznym	Miejsce i okres zatrudnienia	Określenie grupy zawodowej	Wykształcenie*: 1) wyższe medyczne – tytuł magistra; 2) wyższe medyczne – tytuł licencjata; 3) wyższe; 4) średnie; 5) wyższe – tytuł magistra 6) wyższe – tytuł licencjata  *zaznaczyć prawidłowe	Kompetencje wraz z datą ich uzyskania/  Doświadczenie
1.												
2.												
...												

Podpis, pieczęćka Oferenta .....

Częstochowa, dnia .....

(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

.....  
(nr PESEL)

**OŚWIADCZENIE – Załącznik nr 4 do formularza ofertowego**

Na podstawie przepisu art. 21 ust. 5 ustawy z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz.U. 2023r., 1304 z późn. zm.), oświadczam, że w ciągu ostatnich 20 lat zamieszkiwałam/-łem w niżej wymienionych państwach, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa:

.....  
.....

Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

Podpis składającego oświadczenie

1 W przypadku gdy Oferent w ciągu ostatnich 20 lat nie zamieszkiwał w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska lub państwo obywatelstwa, należy wpisać, że w tym okresie czasu zamieszkiwał tylko w Polsce i państwie obywatelstwa.

Częstochowa, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

.....  
(nr PESEL)

### **OŚWIADCZENIE - Załącznik nr 5 do formularza ofertowego**

Na podstawie przepisu art. 21 ust. 7 ustawy z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz.U. 2023r., 1304 z późn. zm.), oświadczam, że prawo państwa innego niż Rzeczpospolita Polska, którego obywatelstwo posiadam:

- 1) nie przewidują sporządzenia informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,
- 2) w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego.<sup>1</sup>

Wobec powyższego oświadczam, że nie byłam/-łem prawomocnie skazany w tym państwie 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 2005r. o przeciwdziałaniu narkomani, oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłam/-łem 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 leczeniem.

Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
Podpis składającego oświadczenie

---

<sup>1</sup> W przypadku, gdy prawidłowa jest tylko jedna z okoliczności wskazanych w pkt 1 i 2, okoliczność nieprawidłową należy przekreślić



Częstochowa, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko składającego oświadczenie )

.....  
(nr PESEL)

### **OŚWIADCZENIE - Załącznik nr 6 do formularza ofertowego**

Na podstawie przepisu art. 21 ust. 7 ustawy z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz.U. 2023r., 1304 z późn. zm.), oświadczam, że prawo państwa lub państw, w których zamieszkiwałam/-łem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa:

- 1) nie przewidują sporządzenia informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,
- 2) w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego.<sup>2</sup>

Wobec powyższego oświadczam, że nie byłam/-łem prawomocnie skazany w tym państwie 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 2005r. o przeciwdziałaniu narkomani, oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłam/-łem 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 leczeniem.

Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
Podpis składającego oświadczenie

---

<sup>2</sup> W przypadku, gdy prawidłowa jest tylko jedna z okoliczności wskazanych w pkt 1 i 2, okoliczność nieprawidłową należy przekreślić