

## FORMULARZ OFERTOWY

**Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów  
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wieluniu.**

**Dane oferenta:**

Imię i nazwisko oferenta

.....

Nazwa oferenta zgodnie z danymi rejestrowymi

.....

**Adres siedziby firmy:**

Ulica i numer: .....

Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

Numer telefonu: .....

NIP: .....

REGON: .....

PESEL: .....

**Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres siedziby firmy):**

Ulica i numer: .....

Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

**Oferuję udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych:**

a) w formie całodobowej opieki lekarskiej (ordynacja podstawowa i dyżury medyczne)  
**w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Samodzielnym Publicznym  
Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Wieluniu**

• wysokość stawki w kwocie brutto (w zł) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowot-  
nych:.....

• minimalna ilość godzin: .....

b) pełnienie gotowości do wykonywania świadczeń zdrowotnych w **Oddziale Chirurgii  
Urazowo-Ortopedycznej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej  
w Wieluniu**

• wysokość stawki w kwocie brutto (w zł) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowot-  
nych:.....

• minimalna ilość godzin: .....

c) w poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Wieluniu

- % od wartości zrealizowanych porad.: .....
- minimalna ilość godzin: .....

**1. Oświadczam, że do niniejszej oferty załączam (zaznaczyć):**

- oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, umowy oraz szczegółowymi warunkami ofert na formularzu stanowiącym **załącznik nr 1** do niniejszych warunków,
- aktualny wypis z właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego, w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do KRS, a dla podmiotów nie podlegających wpisowi KRS – aktualny wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej,
- aktualną polisę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności zgodnie z Rozporządzeniem Ministra finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r., poz. 866) lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu jej najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
- dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe poświadczone za zgodność z oryginałem: dyplom ukończenia studiów, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji w danej dziedzinie, bądź kartę szkolenia specjalizacyjnego w przypadku odbywania specjalizacji w toku, zaświadczenie o odbytych kursach i szkoleniach, certyfikaty,
- zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia wystawionego przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych, a w przypadku lekarzy dyscyplin zabiegowych dodatkowo wpis o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń w narażeniu na promieniowanie elektromagnetyczne i jonizujące,
- certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta,
- aktualne badania do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- zaświadczenie o odbytym szkoleniu okresowym bhp,
- oświadczenie Oferenta o posiadanym doświadczeniu ze wskazaniem miejsc, w których je nabył,
- pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta,
- inne, (jakie?).....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Będąc świadomym konsekwencji wynikającym z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym**

---

**data, podpis i pieczęć Oferenta**