

.....  
pieczętka Oferenta

..... dnia .....

## **OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chorób Płuc oraz Klinicznym Oddziale Pediatrii SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie gastroenterologii zwanymi dalej łącznie „świadczenia zdrowotne”.**

**Znak: KOSZ/37/2023**

### **I. DANE OFERENTA**

1. Imię i nazwisko Oferenta

.....

2. Adres z kodem

.....

3. tel. .... MAIL .....

4. NIP ..... REGON .....

5. Nr wpisu do rejestru specjalistycznych indywidualnych praktyk lekarskich, prowadzonego przez właściwą Okręgową Radę Lekarską .....

6. Kopia wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) .....

7. Nr prawa wykonywania zawodu .....

8. Nr dokumentu specjalizacji .....

9. PESEL ....., Data Urodzenia .....

### **II. PRZEDMIOT OFERTY**

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chorób Płuc oraz Klinicznym Oddziale Pediatrii SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie gastroenterologii zwanymi dalej „świadczenia zdrowotne”, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO, na zasadach określonych w SWKO i umowie, której wzór stanowi załącznik nr 3 do SWKO.

2. Oświadczam, że posiadam wszystkie odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz, że prawo do wykonywania zawodu lekarza nie zostało zawieszona.

3. Oświadczam, że posiadam orzeczenie lekarskie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz szkolenie w zakresie BHP.

4. Oświadczam, że oferowane świadczenia będą wykonywane przeze mnie osobiście, na poziomie zgodnym z przyjętymi u Zamawiającego standardami oraz z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP.

5. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na upublicznienie moich danych osobowych (nazwę / firmę lub imię i nazwisko oraz siedzibę) w rozstrzygnięciu konkursu ofert na tablicy ogłoszeń w siedzibie zamawiającego.

### **III. WARTOŚĆ OFERTY**

Oferuję cenę:

- .....zł brutto za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w **Klinicznym Oddziale Chorób Płuc oraz Klinicznym Oddziale Pediatrii** dla lekarza posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie gastroenterologii lub gastroenterologii dziecięcej bądź posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie gastroenterologii lub gastroenterologii dziecięcej.

### **IV. ISTOTNE WARUNKI UMOWY**

1. Oświadczam, że akceptuję i nie zgłaszam zastrzeżeń do postanowień zawartych we wzorze umowy, stanowiącym załącznik nr 3 do SWKO i zobowiązuję się do zawarcia umowy na wskazanych warunkach i w terminie określonym przez Zamawiającego.
2. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej lub zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem umowy przed zawarciem umowy. Zobowiązuję się do dostarczenia kopii polisy Zamawiającemu najpóźniej w dniu poprzedzającym zawarcie umowy.
3. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych **min. ....** godzin w miesiącu, w terminach wyznaczonych wg harmonogramu ustalonego przez Zamawiającego.

### **V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ogólnymi warunkami umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że w okresie ostatnich pięciu lat poprzedzających termin składania ofert w niniejszym konkursie SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym nie rozwiązał ze mną umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Termin ważności oferty wynosi 30 dni od terminu składania ofert.

### **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. kopia wpisu do rejestru Indywidualnych specjalistycznych Praktyk lekarskich lub oświadczenie o złożeniu wniosku o rejestrację praktyki w OIL. (zaświadczenie pobrane on-line)
2. kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (zaświadczenie on-line)
3. kopia dyplomu uzyskania tytułu lekarza
4. Kopie prawa wykonywania zawodu lekarza
5. kopia posiadanych specjalizacji
6. kopie dyplomów ukończonych kursów
7. kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub oświadczenie o przedłożeniu/doniesieniu polisy OC zgodnie z przepisami obowiązującymi od 01.07.2011r.
8. zaświadczenie, tj. dokument potwierdzający aktualne badania lekarskie, niezbędne do wykonywania zawodu  
i udzielania świadczeń zdrowotnych oraz aktualne zaświadczenie o szkoleniu w zakresie BHP.
9. oświadczenie oferenta iż kopie złożone w ofercie są zgodne z posiadanymi oryginałami.

\_\_\_\_\_  
*podpis osoby umocowanej do reprezentowania Oferenta*