



.....  
pieczęćka Oferenta

..... dnia .....

## **O F E R T A**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie zdalnego opisywania badań elektroencefalograficznych (EEG oraz video-EEG) na rzecz Klinicznego Oddziału Pediatrii, Pracowni Badań EEG oraz innych komórek organizacyjnych SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, zwanych dalej „świadczenia zdrowotne”.

**Znak: KOSZ/13/2025**

### **I. DANE OFERENTA**

1. Imię i nazwisko Oferenta - .....
2. Adres zameldowania - .....
3. Adres do korespondencji - .....
4. Pełna nazwa firmy (zgodna z CEIDG) - .....
5. Adres wykonywania działalności gospodarczej - .....
6. PESEL ..... NIP ..... REGON .....
7. tel. .... e-mail .....
8. Posiadane uprawnienia:
9. Nr dyplomu potwierdzającego ukończenie studiów .....
10. Nr prawa wykonywania zawodu .....  
Dziedzina specjalizacji: ..... Nr dyplomu specjalizacji .....

### **II. PRZEDMIOT OFERTY**

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie zdalnego opisywania badań EEG oraz video-EEG na rzecz Klinicznym Oddziale Pediatrii w szczególności Pracowni EEG oraz innych komórkach organizacyjnych SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, 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.

### **III. WARTOŚĆ OFERTY**

Oferuję cenę:

.....zł brutto (słownie: .....zł brutto) za opis EEG

.....zł brutto (słownie: ..... zł brutto) za opis video-EEG na rzecz Klinicznego Oddziału Pediatrii, w szczególności Pracowni EEG oraz innych komórkach organizacyjnych SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym według potrzeb Udzielającego Zamówienia.

### **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 Udzielającego Zamówienia.
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 zawieszone.

3. Oświadczam, że posiadam aktualne badania 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 Udzielającego Zamówienia standardami oraz z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP.
5. Oświadczam, że posiadam zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na upublicznienie moich danych osobowych (nazwę/firmę lub imię i nazwisko) w rozstrzygnięciu konkursu ofert na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia.
7. 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 Udzielającemu Zamówienia najpóźniej w dniu poprzedzającym zawarcie umowy.
8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych wg harmonogramu uzgodnionego z Udzielającym Zamówienia

## **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. Dokument stwierdzający wpis do rejestru indywidualnych praktyk/ indywidualnych specjalistycznych praktyk prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską lub oświadczenie o założeniu wniosku o rejestrację praktyki w OIL (zaświadczenie pobrane on-line);
2. Dokument stwierdzający wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (zaświadczenie on-line);
3. Kserokopia dyplomu uzyskania tytułu lekarza;
4. Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza,
5. Kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe, w tym dyplom specjalizacji, kursów;
6. Kserokopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub pisemne zobowiązanie się oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej OC przed zawarciem umowy na udzielanie świadczeń;
7. Kserokopia aktualnego orzeczenia lekarskiego wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych, wystawione przez lekarza medycyny pracy posiadającego przeszkolenie w jednostce badawczo-rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy;
8. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o szkoleniu w zakresie BHP;
9. Kserokopia zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego;
10. Oświadczenie Oferenta o zamieszkiwaniu w ciągu ostatnich 20 lat w krajach, innych niż Rzeczypospolita Polska oraz o posiadaniu obywatelstwa, wg załącznika nr 4 do SWKO. W przypadku zamieszkiwania/posiadania innego obywatelstwa – zaświadczenie o niekaralności z danego kraju;
11. Oświadczenie oferenta, że kopie złożone w ofercie są zgodne z posiadanymi oryginałami;
12. CV.

---

*Data i podpis Oferenta*