



.....
pieczętka Oferenta

..... dnia

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Alergologicznej zakresie konsultacji alergologicznych pacjentów pediatrycznych w Pionie Zachowawczym Oddziału Pediatrii SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, zwanych dalej „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/18/2025

I. DANE OFERENTA

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

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji alergologicznych pacjentów pediatrycznych w Poradni Alergologicznej 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 za jeden punkt rozliczeniowy wypracowany w siedzibie Udzielającego Zamówienie w zakresie konsultacji alergologicznych pacjentów pediatrycznych w Poradni Alergologicznej SZPZOZ im Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym.

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. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych **min. punktów rozliczeniowych** w miesiącu, w terminach wyznaczonych wg harmonogramu ustalonego przez Zamawiającego.

4. Oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz szkolenie w zakresie BHP.
5. 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.
6. Oświadczam, że posiadam zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.
7. Oświadczam, że wyrażam zgodę na upublicznienie moich danych osobowych (nazwę/firmę lub imię i nazwisko) w rozstrzygnięciu konkursu ofert na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia.
8. 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.

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,
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 posiadanym obywatelstwie, 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