



pieczętka Oferenta

dnia _____

FORMULARZ OFERTOWY

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Centrum Leczenia Mukowiscydozy SZPZOZ im. Dzieci Warszawy
w Dziekanowie Leśnym w zakresie chorób płuc dzieci**

Znak: KOSZ/22/2025

I. DANE OFERENTA

1. Imię i nazwisko Oferenta - _____
2. Adres zameldowania - _____
3. Adres do korespondencji - _____
4. Pełna nazwa firmy (zgodnie z CEIDG) - _____
5. Adres wykonywania działalności gospodarczej - _____
6. PESEL _____ NIP _____ REGON _____
7. tel. _____ e-mail _____
8. Posiadane uprawnienia:
Nr prawa wykonywania zawodu - _____
Tytuł pielęgniarki specjalisty w dziedzinie - _____
Nr dyplomu specjalizacji - _____

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Centrum Leczenia Mukowiscydozy SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym w zakresie chorób płuc dzieci („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.

III. WARTOŚĆ OFERTY

Oferuję cenę:

- zł brutto za jedną (1) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chorób Płuc, w zakresie chorób płuc dzieci, wyszczególnionych w Załączniku nr 2 do SWKO, według zatwierdzonego przez Udzielającego Zamówienia harmonogramu realizacji świadczeń.

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.
3. Oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych, wystawione przez lekarza medycyny pracy 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 (OC) 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 **min. _____ godzin** w miesiącu, w terminach wyznaczonych wg harmonogramu ustalonego przez Udzielającego 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 Praktyk Zawodowych / Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą /oświadczenie o złożeniu wniosku o wpis*),
2. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (zaświadczenie on-line),
3. Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza,
4. Kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe, w tym dyplom zawodowy lekarza, kursy/specjalizacje,
5. Kserokopia dokumentów potwierdzających doświadczenie zawodowe.
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 w zakresie badań profilaktycznych pracowników narażonych na działanie promieniowania jonizującego (lekarz z uprawnieniami do wystawiania orzeczeń lekarskich z tzw. „J”);
8. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o szkoleniu w zakresie BHP,
9. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego,
10. Oświadczenie o zamieszkiwaniu/nie zamieszkiwaniu w ciągu ostatnich 20 lat w krajach, innych niż Rzeczpospolita Polska oraz posiadającym obywatelstwie, zgodnie z załącznikiem nr 4 do SWKO (będącym załącznikiem nr 2 do Standardów Ochrony Małoletnich). W przypadku zamieszkiwania/posiadania innego obywatelstwa – informacja z rejestrów karnych tych państw,
11. Oświadczenie oferenta, że kopie złożone w ofercie są zgodne z posiadanymi oryginałami,
12. CV.

Podpis Oferenta

*) niepotrzebne skreślić