



pieczętka Oferenta

dnia _____

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii dziecięcej w Klinicznym Oddziale Chirurgii - Centrum Leczenia Kamicy, Poradni Chirurgicznej, na Bloku Operacyjnym i w Izbie Przyjęć oraz innych komórkach organizacyjnych SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, zwanych dalej „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/25/2025

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. PESELNIP 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 chirurgii dziecięcej w Klinicznym Oddziale Chirurgii - Centrum Leczenia Kamicy, Poradni Chirurgicznej, na Bloku Operacyjnym i w Izbie Przyjęć 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 za jedną (1) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii dziecięcej na terenie 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. 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 certyfikatu Kursu Ochrony Radiologicznej Pacjenta;
7. Kserokopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub pisemne zobowiązanie się oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej OC przed zawarciem umowy na udzielanie świadczeń;
8. 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”);
9. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o szkoleniu w zakresie BHP;
10. Kserokopia zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego;
11. 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;
12. Oświadczenie oferenta, że kopie złożone w ofercie są zgodne z posiadanymi oryginałami;
13. CV.

Podpis Oferenta

^{*)} niepotrzebne skreślić