



pieczętka Oferenta

dnia _____

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczenia usług elektroradiologicznych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej w SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, zwanych dalej „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/2/2026

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 dyplomu potwierdzającego ukończenie studiów _____
Nr prawa wykonywania zawodu _____

II. PRZEDMIOT OFERTY

Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczenia usług elektroradiologicznych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej w 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 świadczenia usług elektroradiologicznych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej 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 elektroradiologa, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz, że prawo do wykonywania zawodu elektroradiologa 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) W przypadku Oferentów prowadzących działalność gospodarczą - aktualny wpis lub zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego poświadczające, że Oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu, wystawione nie wcześniej niż na 6 miesięcy wstecz,
- 2) Dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe oraz ukończone kursy, w szczególności kurs z Ochrony Radiologicznej Pacjenta oraz wpis do Centralnego Rejestru Osób Wykonujących Zawód Medyczny,
- 3) Dokument potwierdzający 4 letni staż pracy w tym co naj mniej 36 miesięczne doświadczenie w wykonywaniu badań pediatrycznych z zakresu RTG i TK,
- 4) Polisę obowiązkowego ubezpieczenia OC lub pisemne zobowiązanie się Oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, również w zakresie odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV i WZW na okres ich udzielania, objęte umową ubezpieczenia, kopię polisy należy dostarczyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień zawarcia umowy na udzielanie świadczeń,
- 5) Aktualne orzeczenie lekarskie 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”) oraz aktualne zaświadczenie o szkoleniu w zakresie BHP,
- 6) Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego wystawione nie wcześniej niż na 3 miesiące wstecz,
- 7) Oświadczenie o zamieszkiwaniu/nie zamieszkiwaniu w ciągu ostatnich 20 lat w krajach, innych niż Rzeczypospolita Polska, wg załącznika nr 4 do SWKO,
- 8) Oświadczenie Oferenta, że kopie złożone w ofercie są zgodne z posiadanymi oryginałami,
- 9) CV,

Data i podpis Oferenta

^{*)} niepotrzebne skreślić