



pieczętka Oferenta

_____ dnia _____

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu rzecz pacjentów SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, zwanych dalej „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/7/2026

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 _____
Specjalizacja: _____

II. PRZEDMIOT OFERTY

Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych z ortopedii i traumatologii narządu ruchu na rzecz pacjentów 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:

- % wartości sprawozdanych i poprawnie zweryfikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia produktów rozliczeniowych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Poradni Ortopedycznej wynikającej z umowy SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym a Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowym Funduszem Zdrowia, w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej: ortopedii i traumatologii narządu ruchu u dzieci, również wynikających z zakresu ze wskazań nagłych oraz świadczeń pierwszorzadowych;

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. Aktualny dokument stwierdzający wpis do rejestru indywidualnych/ grupowych praktyk/ indywidualnych specjalistycznych^{*)} praktyk prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską lub oświadczenie o założeniu wniosku o rejestrację praktyki w OIL (zaświadczenie pobrane on-line);
2. Aktualny 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,
6. Pisemna zgoda kierownika specjalizacji z ośrodka szkolącego, w którym realizowane jest szkolenie specjalizacyjne (SMK) na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia samodzielnych dyżurów oraz pracy w poradni^{*)},
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. Aktualne orzeczenie lekarskie wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych wystawione przez lekarza medycyny pracy uprawnionego 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.

Data i podpis Oferenta

^{*)} niepotrzebne skreślić