



pieczętka Oferenta

dnia _____

FORMULARZ OFERTOWY

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie zdalnego opisu wyników badań polisomnograficznych w Klinicznym Oddziale Otorynolaryngologii SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, zwanych dalej „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/11/2026

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 zdalnego **opisu wyników badań polisomnograficznych** na rzecz pacjentów SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w szczególności w Klinicznym Oddziale Otorynolaryngologii 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 zdalny opis jednego wyniku badania polisomnograficznego wykonanego na rzecz 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 opisu badań polisomnograficznych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, w tym certyfikat Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem w Zakresie Medycyny Snu.
3. Oświadczam, że posiadam prawo do wykonywania zawodu lekarza i nie zostało zawieszone - *(jeśli dotyczy)*.

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.
9. 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

L.p.	Rodzaj dokumentu	Dołączono do oferty (zaznaczyć „X”)	
		TAK	NIE
1	Aktualny wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące		
2	Aktualny wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy		
3	Dokument potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego magistra		
4	Dokument potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego lekarza		
5	Dokument potwierdzający specjalizację lekarską		
6	Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza		
7	Dokumenty potwierdzające posiadane akredytacji (certyfikatu) Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem w Zakresie Medycyny Snu		
8	Dokument potwierdzający minimum 3 letnie doświadczenie w pracy w pracowni polisomnograficznej,		
9	Aktualna polisa OC		
10	Aktualne orzeczenia lekarskiego wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych, wystawione przez lekarza medycyny pracy		
11	Aktualne zaświadczenia o szkoleniu w zakresie BHP		

Załącznik nr 1 do SWKO

12	Aktualne zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego (nie starszy niż 3 miesiące)		
13	Oświadczenie Oferenta o zamieszkiwaniu w ciągu ostatnich 20 lat poza RP oraz o posiadanym obywatelstwie (załącznika nr 4 do SWKO)		
14	Oświadczenie oferenta o zgodności kopii dokumentów z posiadanymi oryginałami.		
16	CV		
15	Inne – wymienić jakie		

Data i podpis Oferenta