



pieczęćka Oferenta

_____ dnia _____

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie chorób płuc dzieci na rzecz pacjentów SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w szczególności w Klinicznym Oddziale Chorób Płuc, zwanych dalej „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/27/2026

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 świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie chorób płuc dzieci na rzecz pacjentów SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w szczególności w Klinicznym Oddziale Chorób Płuc, Poradni Leczenia Mukowiscydozy, 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 (słownie: zł) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chorób Płuc oraz Poradni Leczenia Mukowiscydozy;

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

Załącznik nr 1 do SWKO

z wykonywaniem umowy przed zawarciem umowy. Zobowiązuję się do dostarczenia kopii polisy Udziałającemu Zamówienia najpóźniej w dniu poprzedzającym zawarcie umowy.

8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych wg harmonogramu uzgodnionego z Udziałającym 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 spełniam warunki graniczne udziału w konkursie określone w SWKO, w szczególności dotyczące kwalifikacji, doświadczenia, dostępności oraz jakości udzielanych świadczeń.
3. 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.
4. 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.	Kserokopia dyplomu uzyskania tytułu lekarza		
4.	Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza		
5.	Kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe, w tym specjalizacje		
6.	Aktualna polisa OC		
7.	Dokument potwierdzający co najmniej 10-letnie doświadczenie w leczeniu chorych na mukowiscydozę,		
8.	Aktualne orzeczenie lekarskie wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych wystawione przez lekarza medycyny pracy,		
9.	Aktualne zaświadczenia o szkoleniu w zakresie BHP,		
10.	Aktualne zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego (nie starszy niż 3 miesiące),		
11.	Oświadczenie Oferenta o zamieszkiwaniu w ciągu ostatnich 20 lat poza RP oraz o posiadanym obywatelstwie (załącznika nr 4 do SWKO),		
12.	Oświadczenie oferenta o zgodności kopii dokumentów z posiadanymi oryginałami,		
13.	CV,		
14.	Inne – wymienić jakie		

Data i podpis Oferenta

^{*)} niepotrzebne skreślić