Załącznik nr 1 do SWKO

_____ _____ dnia _____

pieczątka Oferenta

F O R M U L A R Z O F E R T O W Y

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii dziecięcej, posiadających I lub II stopień specjalizacji z chirurgii dziecięcej oraz lekarzy w trakcie specjalizacji z chirurgii dziecięcej – za zgodą kierownika specjalizacji, na rzecz pacjentów SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, zwanych dalej „świadczenia zdrowotne".

Znak: KOSZ/49/2026

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 osobiste wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii dziecięcej, polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z chirurgii dziecięcej w Klinicznym Oddziale Chirurgii – Centrum Leczenia Kamicy, Bloku Operacyjnym oraz Izbie Przyjęć 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:

- ……. zł brutto (słownie: ……. zł) - za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii dziecięcej**.**

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

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.	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"		
8.	Aktualne zaświadczenia o szkoleniu w zakresie BHP,		
9.	Aktualne zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego (nie starszy niż 3 miesiące),		
10.	Oświadczenie Oferenta o zamieszkiwaniu w ciągu ostatnich 20 lat poza RP oraz o posiadanym obywatelstwie (załącznika nr 4 do SWKO),		
11.	Oświadczenie oferenta o zgodności kopii dokumentów z posiadanymi oryginałami,		
12.	CV,		
13.	Wydruk z SMK potwierdzający datę rozpoczęcia specjalizacji,		
14.	Zgoda Kierownika Specjalizacji – jeśli dotyczy		
15.	Certyfikat Ochrony Radiologicznej Pacjenta		

_____

**) niepotrzebne skreślić*

Data i podpis Oferenta