Formularz ofertowy

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Sprawa nr 03/04/LEKARZ/2025

**I Dane dotyczące Przyjmującego zamówienie:**

Nazwa Przyjmującego Zamówienie

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres siedziby praktyki/działalności gospodarczej ………………………………………...................………………………………………………………………………………

Adres do korespondencji ( o ile nie pokrywa się z adresem praktyki/działalności gospodarczej)

…………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………

PESEL …………………………………………………………………………………………

NIP……………………………………………………………………………………………..

REGON………………………………………………………………………………………..

Numer telefonu………………………………………………………………………………………..

Adres poczty elektronicznej …………………………………………………………………

Numer prawa wykonywania zawodu……………………………………………………………

Specjalizacja w dziedzinie ………………………………………………………………………

Nr dokumentu specjalizacji……………………………………………………………………

Wykształcenie …………………………………………………………………………………………

Numer wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą…………………………………………………………………………………………

**II.**W odpowiedzi na zaproszenie do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych oferuję wykonywanie świadczeń na poniższych warunkach:

* **……… zł** brutto (słownie: …………………) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie.
* **……… zł** brutto (słownie: …………………) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele i inne dni wolne od pracy.
* Deklarowana średniomiesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych……... realizowanych w okresie trwania umowy: ……
* **Okres zawarcia umowy**: …............................................................................................

**III**. Doświadczenie zawodowe w zakresie świadczenia jako **LEKARZ** (właściwe pole należy zakreślić krzyżykiem):

* do 5 lat
* od 5 do 10 lat
* powyżej 10 lat

**IV.** Kwalifikacje zawodowe w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta

(posiadane specjalizacje):

a) …..……………………………………………………………………………..………………

b) …………………………………………………………………………………………………

c) …………………………………………………………………………………………………

**V**. Dokumenty:

Na potwierdzenie spełnienia warunków udziału w konkursie ofert do oferty załączam:

a) ………………………………………………………………………………..…………….……

b) …………………………………………………………………………………………………..

c) …………………………………………………………………………………………………..

d)………………………………………………………………………………………………...

e)…………………………………………………………………………………………………

f) ………………………………………………………………………………………………...

g)………………………………………………………………………………………………...

Załącznik nr 2 do SWKO

Wymagane dokumenty

Formularz ofertowy powinien zawierać zastępujące dokumenty

* Aktualny odpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG)
* Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) – jeśli dotyczy.
* Kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL).
* Kserokopia dyplomu, prawa wykonywania zawodu, kserokopia innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i uprawnienia zawodowe (w tym specjalizacje, stopnie i tytuły naukowe lub dokument potwierdzający odbywanie specjalizacji lub innej formy kształcenia podyplomowego).
* Kserokopia dokumentów posiadających doświadczenie zawodowe.
* kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielanie świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania konkursowego na okres obowiązywania umowy. Oferent może złożyć oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy i zostanie przedłożona w dniu podpisania umowy;
* zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie bhp adekwatnego dla swojej grupy zawodowej, którą reprezentuje i której charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
* orzeczenie lekarskie o spełnieniu wymagań zdrowotnych przewidzianych dla osób udzielających świadczeń zdrowotnych od lekarza medycyny pracy w tym również orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych lub oświadczenie, że zaświadczenia/ orzeczenia lekarskie zostaną dostarczone w dniu podpisania umowy.
* Informacja z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym

......................................................................

**(podpis i pieczęć Oferenta)**

Załącznik nr 3 do SWKO

**Oświadczenie**

* zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia.
* zapoznałem/am się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi - nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
* zapoznałem/am się z propozycją umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne - nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
* wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
* nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywana zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów.
* nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
* nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu.
* posiadam kwalifikacje zawodowe i uprawnienia odpowiadające rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem zamówienia.
* w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
* nie będę prowadził działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienia w czasie wyznaczonym na realizację zadań objętych przedmiotem umowy
* wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych, w tym danych dotyczących karalności zgodnie z ustawą dnia 10 grudnia 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 poz.1000) w celu udziału w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie.

………………………………...

**(data i podpis Oferenta)**

**Oświadczam, że w ostatnich pięciu latach:**

* nie było i aktualnie nie jest prowadzone przeciwko mnie postępowanie o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego,
* nie zostałem/am ukarany/a przez sąd dyscyplinarny,
* przeciwko mnie nie toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej,
* przeciwko mnie nie jest wszczęte postępowanie mogące skutkować zawieszeniem prawa wykonywania zawodu.

………………………………...

**(data i podpis Oferenta)**