

Pieczętka firmowa z pełną nazwą oferenta

**Formularz oferty**  
**Konkurs na udzielanie przez lekarza świadczeń zdrowotnych**  
**oraz kierowanie i zarządzanie pracą Centrum Zdrowia Psychicznego**  
**oraz Ośrodka Leczenia Uzależnień**

**I. Instrukcja dla Oferenta :**

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczętą Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony Formularza oferty muszą być parafowane przez Oferenta.
6. Zaleca się aby wszystkie strony Formularza oferty były parafowane przez Oferenta.

**II. Dane Oferenta:**

<b>Imię i nazwisko lekarza</b>						<b>PESEL</b>					
<b>Rodzaj praktyki lekarskiej</b>						<b>Nr prawa wykonywania zawodu</b>					
<b>Organ prowadzący rejestr (nazwa okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)</b>						<b>Nr księgi rejestrowej</b>					
<b>Adres zamieszkania</b>											
<b>Kraj</b>				<b>Miejscowość</b>							
<b>Kod pocztowy</b>				<b>Poczta</b>							
<b>Ulica</b>						<b>Nr domu</b>			<b>Nr lokalu</b>		
<b>E-mail</b>						<b>telefon</b>			<b>fax</b>		
<b>Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):</b>											
<b>Kraj</b>						<b>Miejscowość</b>					
<b>Kod pocztowy</b>				<b>Poczta</b>							
<b>Ulica</b>						<b>Nr domu</b>			<b>Nr lokalu</b>		

Działalność gospodarcza	
Firma	Siedziba
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)	REGON

### III. Kwalifikacje zawodowe i specjalizacja Oferenta wymagana w zakresie przewidzianym warunkami konkursu

.....  
.....

(numer dyplomu lekarza i posiadane specjalizacje)

#### Uwaga!

Składając ofertę należy dołączyć „Wykaz lekarzy zgłoszonych do udzielania świadczeń zdrowotnych” sporządzony zgodnie z Załącznikiem Nr 1 do umowy oraz dołączyć wymagane dokumenty lub złożyć oświadczenie o posiadaniu przez wskazane osoby wymaganych kwalifikacji, uprawnień i doświadczenia (**nie dotyczy Oferenta, który będzie świadczył usługi medyczne osobiście**)

#### IV. Proponowana kwota wynagrodzenia:

1. Za realizację zamówienia proponuję stawkę wynagrodzenia w wysokości ..... PLN brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Ze realizację zamówienia na kierowanie i zarządzanie oddziałem proponuję stawkę wynagrodzenia ryczałtowego w wysokości ..... PLN brutto.
3. Proponowana miesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych: ..... godzin.

#### V. Oświadczenie:

1. Oświadczam, iż posiadam (wymagane) doświadczenie minimum 8 lat pracy w zawodzie lekarza - tak/nie\*
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, „Materiałami Informacyjnymi do Konkursu Ofert”- tak/nie\*
3. Oferuję termin płatności 30 dni od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem Konkursu Ofert i projektem umowy i nie wnoszę do niej zastrzeżeń. Zobowiązuję się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach w miejscu i czasie określonym przez Udzielającego zamówienia.
5. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych uczestników Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowiący Załącznik Nr 4.
6. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w MI, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
7. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od **01.04.2024 r. do 31.12.2026 r.**
8. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
9. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
11. Oświadczam, że uzyskałem/łam wpis do Centralnej Ewidencji o Działalności Gospodarczej.
12. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej,

aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.

13. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób ciągły, zabezpieczający niezakłóconą pracę zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienia w dniach i godzinach ustalonych w harmonogramie udzielania świadczeń.

\*niepotrzebne skreślić

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczętka, podpis Oferenta)

#### IV Do oferty załączam następujące dokumenty:

1. Aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
2. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*/ wypis z księgi rejestrowej,
3. Kserokopię prawa wykonywania zawodu, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych;
4. Kserokopię dyplomu lekarza;
5. Kserokopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe, w tym specjalizacje, kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne, posiadany stopień/tytuł naukowy i inne świadectwa umiejętności ( wskazać jakie):

1).....

2).....

3).....

(inne dokumenty – wskazać jakie)

6. Kserokopię umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
7. Podpisaną i uzupełnioną Klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych kandydatów na stanowisko objęte postępowaniem konkursowym stanowiącą Załącznik Nr 4.

\* jeżeli dane ujęte w księdze ulegną zmianie w trakcie obowiązywania umowy Oferent zobowiązany jest do niezwłocznego dostarczenia jej wydruku po aktualizacji danych przez Okręgową Izbę Lekarską.

*W przypadku przedłożenia kopii dokumentów Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo zażądania do wglądu oryginału tych dokumentów.*

.....  
(miejsowość i data)

.....  
( pieczętka i podpis Oferenta )