

## FORMULARZ OFERTOWY

### I. IDENTYFIKACJA OFERENTA:

Dane oferenta	
Nazwa	
Adres (+ ew. do korespondencji)	
Telefon	
E-mail	
NIP	
REGON	
PESEL	
PWZ	
Nazwa banku Nr konta bankowego	
Podany rachunek jest wpisany na tzw. „Białej Liście”	wskazany rachunek figuruje na „Białej liście” wskazany rachunek <u>nie figuruje</u> na „Białej liście” – świadczenia zwolnione z VAT

### II. PRZEDMIOT OFERTY:

Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru medycznego w dni robocze w godzinach od 15.00 do 7.00 dnia następnego (świadczenia zwykłe) oraz całodobowo w niedziele, święta oraz dni wolne od pracy w godzinach od 7.00 do 7.00 dnia następnego (świadczenia świąteczne) w Dziale Diagnostyki Obrazowej. Dla potrzeb konkursu przyjmuje się zapotrzebowanie średniomiesięcznie 560 godzin.

### III. PROPOZYCJE FINANSOWE OFERENTA:

Poniżej należy wpisać stawki brutto w polskich złotych.

za realizację świadczeń zdrowotnych oczekuję należności za świadczenia zwykłe i świąteczne za 1 godzinę ..... zł

### IV. CZAS TRWANIA UMOWY:

Oferuję zawarcie umowy na okres od 1 marca 2024 r. do 28 lutego 2027 r.

## V. MINIMALNA LICZBA DYŻURÓW

minimalna liczba dni w miesiącu, w których oferent będzie udzielał świadczeń w godz. 15-7 (zwykłe) lub 7-7 (święteczne) ..... (co najmniej 1)

## VI. KRYTERIUM KOMPLEKSOWOŚCI

Oferent oświadcza posiadać umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mu na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w DDO oraz w innych medycznych komórkach organizacyjnych zgodnie z profilem udzielanych świadczeń w Szpitalu które będą wykonywane zgodnie z wymogami ustaw, zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, rozporządzeń Ministra Zdrowia oraz wewnętrznych przepisów Udzielającego Zamówienie w zakresie przedmiotowych świadczeń i tym samym iż **spełnia/nie spełnia** <sup>1</sup> kryterium kompleksowości.

<sup>1</sup> należy wybrać właściwe

## VII. ZAŁĄCZNIKI

W załączeniu przedkładam ksero dokumentów:

Lp.	Dokumenty	Załączam/nie załączam	Uzupełnię do dnia
1	dplom uczelni w języku polskim		
2	dplom specjalizacji/kwalifikacji/certyfikaty potwierdzające odbyte szkolenia		
3	dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu lekarza		
4	polisa obowiązkowego ubezpieczenia OC		
5	wydruk z CEIDG		
6	orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy w polu elektromagnetycznym		
7	okresowe szkolenie bhp z uwzględnieniem narażenia na pole elektromagnetyczne		

8	badania sanitarno-epidemiologiczne		
9	wpis do księgi rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą		

#### WYJAŚNIENIE

- oznacza nie załączam
- X** - oznacza załączam
- oznacza zobowiązuję się uzupełnić do dnia (obok okienka proszę wpisać datę)

#### VII. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, iż:

1. Oświadczam, że spełniam warunki, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023, poz. 991).
2. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, wykonane na koszt własny i zobowiązuję się do przedłożenia kopii orzeczenia o stanie zdrowia.
3. Oświadczam, że w stawce oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia w tym: koszty badań profilaktycznych, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia oraz że cena nie zostanie zmieniona w trakcie wykonywania przedmiotu zamówienia.
4. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej;
6. Zobowiązuję się do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń.
7. Posiadam odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania w/w rodzaju świadczeń.
8. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta.
9. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
10. Zobowiązuję się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych.
11. Zobowiązuję się do odbycia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym.
12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
13. Oświadczam iż w chwili składania oferty nie toczy się w krajach Unii Europejskiej oraz państwach trzecich postępowanie o pozbawienie mnie prawa do wykonywania zawodu, ani w żadnym kraju Unii Europejskiej oraz państwach trzecich nie jestem pozbawiony prawa

do wykonywania zawodu prawomocnym wyrokiem sądu lub ostateczną decyzją właściwych organów.

14. Oświadczam iż nie jestem osobą skazaną prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo przeciwko zdrowiu i życiu.

.....  
Data

.....  
Podpis (imię i nazwisko) Oferenta

  
T. Hohl