

.....

pieczęć oferenta

**Formularz ofertowy**

**KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE**

.....

1. Nazwa Oferenta .....
2. Adres Oferenta .....
3. Nr telefonu komórkowego .....
4. Adres e-mail .....
5. Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej .....
6. REGON .....
7. NIP .....
8. Okres obowiązywania polisy .....

.....

**(podpis i pieczęć Oferenta)**

## Formularz ofertowy

## KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE

<p style="text-align: center;"><b>WYSZCZEGÓLNIENIE/ PRODUKT</b></p> <p style="text-align: center;">zgodny z ogłoszeniem w danym zakresie</p> <p style="text-align: center;">oraz</p> <p style="text-align: center;">deklarowana liczba godzin pracy w miesiącu</p>	<p style="text-align: center;"><b>CENA / WARTOŚĆ BRUTTO W ZŁ</b></p>

1. Miejsce udzielania świadczeń .....

2. Doświadczenie zawodowe:

a) staż pracy jako **specjalista / bez specjalizacji** \* w zakresie objętym ofertą

..... - ..... staż pracy ogólnie

b) staż pracy jako **pielęgniarka / pielęgniarka ze specjalizacją / kursem kwalifikacyjnym / ratownik medyczny** \* w zakresie objętym ofertą

..... - ..... staż pracy ogólnie

\*niepotrzebna skreślić

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

.....  
pieczęć oferenta

**OŚWIADCZENIE**

- 1. Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.*
- 2. Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.*
- 3. Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania.*
- 4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. Imienia i nazwiska, Prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numerów telefonu stacjonarnego i komórkowego przez SP ZOZ w Łapach dla potrzeb realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.*
- 5. Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Łapach, nie będę udzielał/-ła innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w Szpitalu.*
- 6. Spełniam / Nie spełniam wymóg, o którym mowa w art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej.<sup>1</sup>*

.....  
**(miejsowość, data)**

.....  
**(podpis i pieczęć Oferenta)**

---

<sup>1</sup> Art. 26 ust.2.u.o.d.l.: „Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100.”

.....

pieczęć oferenta

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych, dostarczę polisę ubezpieczeniową i będę ją utrzymywał przez cały okres trwania umowy z Udzielającym Zamówienie.

.....

**(miejsowość, data)**

.....

**(podpis i pieczęć Oferenta)**

.....  
pieczęć oferenta

**OŚWIADCZENIE**

**Zakres udzielanych świadczeń:.....**

Oświadczam, iż zapewniam wyszkolony i wykwalifikowany personelu do udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie ze Szczegółowymi warunkami Konkursu Ofert.

.....  
**(miejsowość, data)**

.....  
**(podpis i pieczęć Oferenta)**

***Lista osób udzielających świadczeń w ramach umowy z Oferentem:***

<b><i>Imię i nazwisko</i></b>	<b><i>Nr prawa wykonywania zawodu</i></b>	<b><i>Specjalizacja</i></b>	<b><i>Specjalizacja zakończona / w trakcie (data ukończenia specjalizacji / data otwarcia specjalizacji)</i></b>

***Każda wykazana osoba powinna dostarczyć kopię dokumentów, o których mowa w SIWZ w pkt. VI ppkt. 4,7.***

.....  
***(miejsowość, data)***

.....  
***(podpis i pieczęć Oferenta)***

Imię i nazwisko: .....

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, Prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numerów telefonu stacjonarnego i komórkowego przez SP ZOZ w Łapach dla potrzeb realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.
2. Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Łapach zgodnie z warunkami konkursu i umowy Przyjmującego zamówienie ze Szpitalem oraz na podstawie przedstawionego przez Przyjmującego zamówienie i zatwierdzonego przez Szpital harmonogramu.
3. Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Łapach, nie będę udzielał/-ła innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w Szpitalu.

***Podpis Pielęgniarki/Ratownika med. ....***

***Podpis Oferenta .....***

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

**Oświadczam, że:**

- odpisy potwierdzające wpis do właściwych rejestrów – wpis do Okręgowej Izby Lekarskiej i Ewidencji Działalności Gospodarczej
- dyplom ukończenia studiów
- kopia prawa wykonywania zawodu lekarza/technika/pielęgniarki
- dyplom uzyskania specjalizacji
- aktualne zaświadczenie lekarskie – badania profilaktyczne

zostały złożone w SP ZOZ Łapy, w Konkursie na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne na rok ..... i stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie.

.....  
**(miejsowość, data)**

.....  
**(podpis i pieczęć Oferenta)**