

O F E R T A

**na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych lub lekarza specjalizującego się w dziedzinie chorób wewnętrznych na rzecz pacjentów Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach**

**I. DANE OFERENTA:**

Pełna nazwa i adres Oferenta:

.....  
.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem Oferenta)

.....

Telefon do kontaktu:

				-															
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres e mail :

.....

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:

.....

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (nr NIP):

.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zawód:

.....

Nr prawa wykonywania zawodu:

.....

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji)

.....

Nr dokumentu specjalizacji.

.....

**Proponowany termin rozpoczęcia świadczenia usług:**

.....

.....  
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

## II. OFERTA CENOWA I DOSTĘPNOŚCI

L.p.	Zakres świadczeń zdrowotnych	J.m.	Minimalna ilość godzin stosunku miesięcznym	Proponowane wynagrodzenie za świadczenie usług medycznych: (cena za 1 h brutto)
1	2	3	4	5
1	udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych	h	.....	..... zł brutto/1 godzinę ..... (Słownie)

### Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli (za jedną godzinę świadczenia usługi).
2. Wynagrodzenie powinno zostać podane w złotych polskich cyfrowo.
3. Podane wynagrodzenie – stawka za godzinę jest niezależna od godziny i dni udzielania świadczeń, we wszystkie dni tygodnia.

.....  
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

### III. OŚWIADCZENIE OFERENTA \*

Oświadczam, że :

1. **Zapoznałam/em się** z treścią ogłoszenia o konkursie oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń dotyczących ww. dokumentów;
2. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia;
3. **zapoznałam/em się** z projektem umowy i akceptuje warunki w niej zawarte;
4. wykonam świadczenia wymienione w ofercie zgodnie z przepisami prawa, aktualną wiedzą medyczną i treścią umowy zawartej z udzielającym zamówienia;
5. **nie jestem zawieszona/y w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona/y w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodzie lekarza i lekarza dentystry;**
6. nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym;
7. nie mam przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;
8. samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em;
9. **nie świadczę pracy** w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Kartuzach na podstawie stosunku pracy. Oświadczam, że posiadam wiedzę, że nie można świadczyć usług jednocześnie na podstawie umowy o pracę w tym samym zakresie.
10. **posiadam** ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej\*/**zawrę** umowę o odpowiedzialności cywilnej\* na warunkach wskazanych w projekcie umowy;
11. **dotychczas wykonywałam/em\*/nie wykonywałam/em\*** na rzecz Udzielającego zamówienie takie same świadczenia zdrowotne jakich dotyczy składana oferta, w związku z powyższym oświadczam, że dokumenty wymienione w cz. IV Formularza Ofertowego znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienie i są aktualne;
12. zobowiązuję się do dostarczenia do dnia zawarcia umowy zawarcia umowy kserokopii następujących dokumentów:
  - potwierdzających ukończenie kursu BHP,
  - stosownych zaświadczeń lekarskich,
  - dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy o działalności leczniczej;
  - informacji z Krajowego Rejestru Karnego.

.....  
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

\* **niepotrzebne skreślić**

### IV. W CELU UZNANIA, ŻE OFERTA SPEŁNIA WYMAGANE WARUNKI, OFERENT DOŁĄCZA DO OFERTY NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY \*\*

(na podstawie części V SWKO):

- 1) kserokopie (na żądanie udzielającego zamówienia oryginały) dokumentów potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu **lekarza** - odpowiednie do części konkursu w ramach której składana jest oferta (**dyplom, prawo wykonywania zawodu, dyplomy specjalizacji, stopnie i tytuły naukowe, potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji, potwierdzenie ukończenia kursów, ochrona radiologiczna pacjenta, itd.**);
- 2) pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez pełnomocnika upoważnionego do występowania w imieniu Oferenta;
- 3) inne, dodatkowo składane przez oferenta: .....

\*\* **nie dotyczy** jeżeli Udzielającemu Zamówienia dostarczono wymagane dokumenty z racji realizacji wcześniej zawartych umów z Oferentem

.....  
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)