



Żary, dnia .....

105.Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
ul. Domańskiego 2  
68-200 Żary

### FORMULARZ OFERTY

na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny  
ratunkowej w siedzibie 105.Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Imię..... Nazwisko.....

PESEL..... Zawód .....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja, w zakresie ( stopień specjalizacji ) :

.....

Nr dokumentu specjalizacji : .....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność gospodarczą (organ  
dokonujący wpisu):

.....

NIP..... REGON\* .....

Adres firmy /zamieszkania

.....

Adres korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania)

.....

Data ważności polisy OC od ..... do .....

Tel. kontaktowy .....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny ratunkowej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert ,na zasadach określonych we wzorze umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

**OFERENT OŚWIADCZA ,iż :**

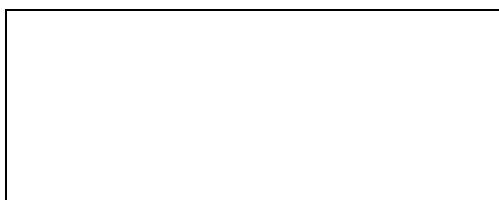


1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Regulaminem i szczegółowymi warunkami przeprowadzenia konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Dopuszcza się na wniosek Udzielającego zamówienia, za zgodą obu stron, możliwość zmiany bądź rozszerzenia miejsca udzielania świadczeń.
4. Prowadzi Indywidualną (Indywidualną Specjalistyczną) Praktykę Lekarską w dziedzinie :  
..... wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez ORL
5. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
6. Oświadcza ,iż Szpital Wojskowy nie rozwiązał z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.
7. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC ) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości ..... (Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość ..... na dzień podpisania umowy.)\*
8. Deklaruję minimalną liczbę 7,5- godzinnych cykli wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu ..... (objętych udzielaniem świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od godziny 7:30 – 15:00)
9. Deklaruję minimalną liczbę 16,5- godzinnych cykli wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu ..... (objętych udzielaniem świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od godziny 15:00 – 7:30 dnia następnego)
10. Deklaruję minimalną liczbę 24- godzinnych cykli wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu ..... (objętych udzielaniem świadczeń zdrowotnych w dni ustawowo wolne od pracy , w soboty i niedziele od godziny 7:30 – 7:30 dnia następnego)
11. Proponuję następującą kwotę należności za realizację zamówienia : wysokość stawki w kwocie .....zł brutto za każdą godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych

#### **ZAŁĄCZNIKI:**

- a) kopia dyplomu;
- b) kopia prawa wykonywania zawodu ( strona z danymi , strona z wpisem specjalizacjach, strona z nazwą i siedzibą Izby lekarskiej)
- c) dyplom specjalizacyjny;
- d) certyfikat potwierdzający kwalifikacje zawodowe,
- e) kopie pozwolenia na prowadzenie działalności praktyki
- f) zaświadczenie lekarskie o zdolności do świadczenia usług, badania sanitarno – epidemiologiczne
- g) kserokopie polisy OC lub zobowiązanie oferenta do przedstawienia kopii umowy ubezpieczenia ( najpóźniej w dniu podpisania umowy) o odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń medycznych, poświadczoną „ za zgodność oryginałem” przez oferenta;
- h) kopia decyzji nadania numeru NIP;
- i) kopia decyzji nadania numeru REGON;
- j) kopia wpisu do CEDID lub kopia odpisu ;
- k) oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych ( wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 3 do SWKO)

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



(wzór pieczęci firmy)



.....  
(imię i nazwisko)

.....  
( adres)

.....

**105.Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią  
Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej**

**ul. Domańskiego 2  
68-200 Żary**

## **OŚWIADCZENIE**

Mając na uwadze treść Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018r. poz.1693) w 105.Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żarach, niniejszym oświadczam, że w przypadku zawarcia przez Udzielającego Zamówienia umowy z Oferentem, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów realizacji tej umowy, zgodnie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz.922)

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