

### FORMULARZ OFERTOWY

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej wykonywane na potrzeby Szpitala Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie oraz zabezpieczenie całodobowej niezbędnej opieki medycznej lekarskiej w Oddziale Chirurgii Ogólnej**

NAZWA OFERENTA: .....

ADRES: .....

NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ RPWDL .....

NUMER WPISU DO KRS .....

NIP..... REGON .....

**Dane kontaktowe:** nr telefonu ..... nr fax .....

e-mail.....

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chirurgii ogólnej w Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie i proponuję wynagrodzenie w wysokości .....% wartości zrealizowanych świadczeń zaakceptowanych/rozliczonych przez NFZ z zakresu chirurgii ogólnej.

Ponadto oświadczam, iż zapoznałem się i akceptuję treść ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowych warunków konkursu ofert oraz zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy.

.....  
*Data i podpis oferenta*

Wykaz załączników do formularza ofertowego:

1. wypis z CEIDG lub wypis z KRS,
2. aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r.,
3. polisę OC z tytułu prowadzonej działalności zgodnie z przepisami obowiązującymi w tym zakresie lub pisemne zobowiązanie oferenta do jej zawarcia, przy czym obowiązek jej zawarcia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej,
4. oświadczenie o należyтым wykonywaniu świadczeń – załącznik nr 1 do formularza ofertowego

5. oświadczenie o dysponowaniu personelem wraz z wykazem osób udzielających świadczeń w przedmiotowym konkursie z określeniem ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia zawodowego oraz dokumenty potwierdzające ich kwalifikacje – załącznik nr 2 do formularza ofertowego,
6. oświadczenie oferenta o doświadczeniu osób, którymi się posługuje przy realizacji zamówienia - załącznik nr 3 do formularza ofertowego,
7. oświadczenia osób, którymi się posługuje oferent o gotowości do udzielania świadczeń - załącznik nr 4 do formularza ofertowego
8. oświadczenie oferenta o złożeniu kserokopii dokumentów zgodnych z oryginałami – załącznik nr 5 do formularza ofertowego

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zobowiązuję się świadczyć usługi na wysokim poziomie, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy technicznej i analitycznej oraz aktualnej wiedzy medycznej, sztuką i etyką zawodu, obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności.

.....  
podpis Oferenta



## Oświadczenie

Oświadczam, iż przy wykonywaniu świadczeń objętych przedmiotem konkursu ofert posługiwać się będę personelem medycznym, spełniającym wymagania określone w przepisach szczególnych. Wykaz osób wraz z określeniem ich kwalifikacji:

L.p	Imię i Nazwisko	PESEL	Tytuł zawodowy	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie ( w latach )	Uwagi

Dokumenty potwierdzające kwalifikacje personelu w załączeniu.

.....  
podpis Oferenta



**OŚWIADCZENIE**  
o doświadczeniu zawodowym osób, którymi się posługuje przy realizacji zamówienia

Oświadczam, iż dysponuję personelem lekarskim posiadającym następujące doświadczenie zawodowe *(należy wypełnić dla każdej z osób) \**

Oświadczam, iż *(imię i nazwisko)* ..... posiada .....- letnie doświadczenie zawodowe w udzielaniu lekarskich świadczeń zdrowotnych:

..... *(miejsce)* ..... *(okres od..... – do.....)*

..... *(miejsca)* ..... *(okres od .....– do.....)*

..... *(miejsca)* ..... *(okres od .....– do.....)*

..... *(miejsca)* ..... *(okres od .....– do.....)*

..... *(miejsca)* ..... *(okres od .....– do.....)*

.....  
podpis oferenta





## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż wyrażam gotowość do udzielania świadczeń będących przedmiotem konkursu od dnia 1 marca 2022r.

.....

..  
podpis lekarza, którym dysponuje oferent



## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż złożone przeze mnie kserokopie dokumentów są zgodne z treścią oryginałów

.....  
podpis Oferenta