Załącznik 2
do Szczegółowych warunków konkursu

FORMULARZ OFERTOWY

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wieluniu
w:
Oddziale Dziecięcym

Dane oferenta:

Imię i nazwisko oferenta:

.....

Nazwa oferenta zgodnie z danymi rejestrowymi

……...……...……..

Adres siedziby firmy:

ULICA I NUMER LOKALU: ……...……...……

KOD POCZTOWY: …….

MIEJSCOWOŚĆ: ……..……..……

NUMER TELEFONU: ……..……...

NIP: .....

REGON: .....

PESEL: .....

IMIONA RODZICÓW: ……...

NAZWISKO RODOWE: …….

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres siedziby firmy):

ULICA I NUMER LOKALU: ……..……

KOD POCZTOWY: …….

MIEJSCOWOŚĆ: ……..……

I. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia: ……..……..……..

II. Proponowana liczba godzin: ……..……...….

III. Kwalifikacje zawodowe Oferenta:

a) W trakcie szkolenia bez specjalizacji ……..……... □

b) Specjalizacja I stopnia w dziedzinie: ……..… □

c) Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: ……..……..… □

IV. Doświadczenie w pracy/udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym złożoną Ofertą:

a) Do 5 lat □

b) 5-10 lat □

c) Powyżej 10 lat □

V. Oświadczam, że przez okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie oferty udzielałam/-em świadczenia zdrowotne w zakresie tożsamym ze składaną ofertą.

TAK □ NIE □

VI. Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na czas określony w SWKO.

Oświadczam, że do niniejszej oferty załączam (zaznaczyć):

- oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, umowy oraz szczegółowymi warunkami ofert na formularzu stanowiącym **załącznik nr 1** do niniejszych warunków,
- aktualny wypis z właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego, w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do KRS, a dla podmiotów nie podlegających wpisowi KRS – aktualny wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej,
- aktualną polisę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności zgodnie z Rozporządzeniem Ministra finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą Dz. U. Z 2025 r. poz. 272) lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu jej najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
- dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe poświadczone za zgodność z oryginałem: dyplom ukończenia studiów, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji w danej dziedzinie, , zaświadczenie o odbytych kursach i szkoleniach, certyfikaty,
- orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia wystawionego przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych,
- zaświadczenia z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii Dz. U. Z 2022 poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego przed zawarciem umowy,
- zaświadczenie o odbytym szkoleniu okresowym bhp,
- pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta,
- inne, (jakie?)……
  ……
  ……

Będąc świadomym konsekwencji wynikającym z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym

_____

data, podpis i pieczęć Oferenta