

## OFERTA

**na świadczenie usług medycznych w zakresie pełnienia całościowej specjalistycznej psychiatrycznej opieki lekarskiej dla Specjalistycznego Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Suwałkach realizowanych:**

- ☐ w czasie dyżuru medycznego w dni powszednie w soboty, niedziele i święta ustawowo wolne od pracy
- ☐ w podstawowych godzinach ordynacji oddziału w dni powszednie oraz w soboty, niedziele i święta ustawowo wolne od
- (proszę wpisać X przy wybranym zakresie)

### DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
NIP		
REGON		
Telefon		
Adres do korespondencji e-mail		

Proponowana kwota<sup>1</sup>:

- ☐ za wykonywanie świadczeń zdrowotnych w czasie dyżuru medycznego w dni powszednie w soboty, niedziele i święta ustawowo wolne od pracy.....zł./godzina brutto
- ☐ za wykonywania świadczeń zdrowotnych w podstawowych godzinach ordynacji oddziału w dni powszednie oraz w soboty, niedziele i święta ustawowo wolne od pracy.....zł. /godzina brutto

Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w podstawowych godzinach ordynacji w dni powszednie w miesiącu....., liczba dyżurów w dni powszednie,.....  
liczba dyżurów w dni wolne od pracy .....

Okres na jaki została złożona oferta .....

<sup>1</sup> Proszę zaznaczyć wybraną opcję.

## OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zainteresowałam/em się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówień na świadczenie zdrowotne.
4. Oświadczam, że uważam się związaną/y ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
7. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Udzielającego zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.
8. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na sumę gwarancyjną w wysokości.....  
(Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy. Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość na dzień podpisania umowy lub najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy)\*

## ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Odpis z KRS lub wydruk/wydruki z CEIDG (w przypadku spółki cywilnej wymaga się przedłożenia dokumentów dotyczących każdego wspólnika, jako przedsiębiorcy).
3. Polisa ubezpieczeniowa odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
4. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe i doświadczenie :
  - a) dyplom ukończenia studiów medycznych,
  - b) prawo wykonywania zawodu lekarza,
  - c) specjalizacja z psychiatrii.
  - d) udokumentowane co najmniej 2 letnie doświadczenie zawodowe jako specjalista z zakresu/dziedziny psychiatrii
5. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia uprawniającym do udzielania świadczeń medycznych dotyczące osób fizycznych, które będą wykonywać świadczenia zdrowotne.
6. Wykaz podwykonawców, którym oferent zamierza powierzyć wykonanie świadczeń, zgodnie z warunkami wynikającymi ze wzoru umowy, ze wskazaniem danych rejestrowych podwykonawcy, (jeżeli dotyczy).

*Do oferty należy załączyć opisane dokumenty (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez oferenta, oświadczenia w oryginale).*

*W przypadku, gdy w dniu składania oferty Udzielający Zamówienie posiada dokumenty, o których mowa w ust. 1- 5, a potwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie, oferent może złożyć oświadczenie zgodne ze wzorem określonym w załączniku nr 1 do Formularza oferty.*

.....

.....

(data)

(pieczęć i podpis oferenta)

Załącznik nr 1 do Formularza oferty

Dane Oferenta:

Nazwa: .....

adres: .....

### OŚWIADCZENIE OFERENTA<sup>1</sup>

**Oświadczam, że:**

1. Kopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Kopia odpisu z KRS lub wydruk/wydruki z CEIDG (w przypadku spółki cywilnej wymaga się przedłożenia dokumentów dotyczących każdego wspólnika, jako przedsiębiorcy).
3. Kopia polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
4. Kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i doświadczenie :
  - a) dyplom ukończenia studiów medycznych,
  - b) prawo wykonywania zawodu lekarza,
  - c) specjalizacja z psychiatrii.
  - d) udokumentowane co najmniej 2 letnie doświadczenie zawodowe jako specjalista z zakresu/dziedziny psychiatrii
5. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia uprawniającym do udzielania świadczeń medycznych dotyczące osób fizycznych, które będą wykonywać świadczenia zdrowotne.

zostały złożone Udzielającemu Zamówienie w Konkursie ofert na świadczenie usług medycznych ogłoszonym w ..... roku, a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie.

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęć, podpis)

---

<sup>1</sup> Oferent skreśla dokumenty, których nie ma obowiązku składać, oraz dokumenty, które nie są w posiadaniu Udzielającego Zamówienie.