Nr sprawy: 2233/7/KO/25

Załącznik nr 1 do SWKO/umowy

FORMULARZ OFERTOWY

1. Dane Oferenta: Oferta indywidualna – w ramach prowadzonej działalności gospodarczej

Imię i nazwisko .....

Nazwa prowadzonej działalności: .....

adres prowadzonej działalności: .....

PESEL ..... NIP ..... REGON.....

Organ rejestrowy (określenie izby lekarskiej): .....

Nr księgi rejestrowej (RPWDL): .....

Nr Prawa wykonywania zawodu: ..... wydane przez: .....

Numer telefonu ..... e – mail .....

Numer NIP ..... Numer REGON .....

☐ Posiadam specjalizację w dziedzinie:

1) .....

stopień specjalizacji ....., data uzyskania dyplomu specjalizacji: .....

☐ Jestem w trakcie specjalizacji w dziedzinie .....,

data rozpoczęcia specjalizacji .....*

** Do oferty należy załączyć wyciąg/skan z Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji.*

2. Zakres świadczeń zdrowotnych

W związku z ogłoszeniem konkursu ofert w sprawie zawarcia umowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny pracy (badań lekarskich) dla osób pozbawionych wolności kierowanych do zatrudnienia, zgodnie z wymaganiami SWKO dla tego postępowania składam niniejszą ofertę.

3. Oferta cenowa

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych oczekuję należności w wysokości:

Przedmiot konkursu ofert	**Cena jednostkowa brutto /zł/**
Orzeczenie lekarza medycyny pracy wstępne	
Orzeczenie lekarza medycyny pracy okresowe	
Orzeczenie lekarza medycyny pracy kontrolne	
Orzeczenie lekarza medycyny pracy sanitarno - epidemiologiczne	
Razem:	

4. Termin udzielania świadczeń zdrowotnych

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne **od dnia 02.01.2026 r. do 31.12.2026 r.**

5. Oświadczam, że:

1. Zapoznałem (-am) się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu oraz projektem umowy, akceptuję zawarte w nich warunki i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
3. Nie jestem zawieszony (-a) w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony (-a) w wykonywaniu jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych, ukarany (-a) karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu oraz pozbawiony (-a)

możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony (-a) w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

4. Jestem ubezpieczony/a od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z prowadzoną działalnością oraz udzielaniem świadczeń zdrowotnych i zobowiązuję się do systematycznego przedłużania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w czasie trwania umowy.
5. Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności leczniczej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam / nie rozliczam * się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.
6. Uważam się za związanych niniejszą ofertą na okres 30 dni od dnia w którym upływa termin składania ofert.
7. Wypełniłem/(-am) obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/łam w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu*.

***(W przypadku gdy Przyjmujący zamówienie nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Przyjmujący zamówienie nie składa – oświadczenie należy przekreślić).**

6. Oświadczam, że wymagane w konkursie dokumenty (ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY) **:

.....

.....

.....

.....

znajdują się w posiadaniu Zakładu Karnego w Rzeszowie i na dzień składania niniejszej oferty są aktualne.

***Wypełnić jeśli dotyczy*

....., dnia ..... r.
(miejscowość)

.....
pieczątka i podpis Oferenta

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. *Kserokopia dyplom ukończenia uczelni medycznej,*
2. *Kserokopia prawa wykonywania zawodu,*
3. *Kserokopia dyplomu specjalizacji lub wyciąg/skan z Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji),*
4. *Wpis do CEiDG / KRS*
5. *Wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą*
6. *Kserokopia polisy ubezpieczeniowa OC od odpowiedzialności cywilnej na jedno i wszystkie zdarzenia lekarza wykonującego zawód na terenie Rzeczypospolitej Polskiej określone ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentysty,*
7. *Aktualne zaświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku lekarza.*