

**FORMULARZ OFERTOWY KONKURS OFERT NR 48/2023****Udzielanie świadczeń zdrowotnych i świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej  
w Szpitalu Powiatowym w Złotowie**

- [ ] \* **lekarskie świadczenia zdrowotne** Kod CPV –85121000-3; Kod CPV –85121200-5:
- [ ] **Szpitalny Oddział Ratunkowy**
- [ ] **Zespół Ratownictwa Medycznego**

**DANE OFERENTA**

|                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Imię i nazwisko</b>                                                     |  |
| <b>Pełna nazwa i adres działalności gospodarczej/ podmiotu leczniczego</b> |  |
| <b>NIP</b>                                                                 |  |
| <b>REGON</b>                                                               |  |
| <b>Telefon do kontaktu</b>                                                 |  |
| <b>Nazwa Banku i Numer Konta:</b>                                          |  |

**Kwalifikacje\***

- [ ] lekarz specjalista lub z II °specjalizacji .....
- [ ] lekarz z I° specjalizacji .....
- [ ] lekarz bez specjalizacji
- [ ] lekarz z otwartą specjalizacją ..... rok szkolenia .....
- [ ] inne.....

\* właściwe oznaczyć znakiem X

**Propozycja kwot/-y należności i dyspozycyjności w zakresie świadczeń usług/ udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach przedmiotu konkursu:**

| <b>Rodzaj świadczeń zdrowotnych</b>                                     | <b>Deklarowana liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych</b> | <b>Propozycja kwoty za świadczenie zdrowotne</b> |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>pełnienie dyżurów lekarskich w dni powszednie i świąteczne w SOR</b> | .....godz./m-c                                                    | .....złotych/godz.                               |
| <b>pełnienie dyżurów lekarskich w dni powszednie i świąteczne w ZRM</b> | .....godz./m-c                                                    | .....złotych/godz.                               |

Załączniki\*:

- ☐ zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG)
- ☐ zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk zawodowych lub wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL)
- ☐ zaświadczenie o numerze NIP
- ☐ zaświadczenie o numerze REGON
- ☐ dyplom ukończenia studiów
- ☐ dokument potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego
- ☐ prawo wykonywania zawodu
- ☐ dyplom specjalizacji i/lub karta szkolenia specjalizacyjnego
- ☐ inne, potwierdzające kwalifikacje niezbędne do wykonywania świadczeń, np. potwierdzające status lekarza systemu, certyfikaty kursów itp.
- ☐ polisa OC lub zobowiązanie do jej zawarcia
- ☐ zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy lub zobowiązanie jego dostarczenia
- ☐ orzeczenie lekarskie o zdolności do pracy lub zobowiązanie jego dostarczenia

☐ **Oświadczam, że w posiadaniu Udzielającego zamówienia znajduje się już komplet aktualnych dokumentów wymaganych do złożenia oferty**

**\* właściwe oznaczyć znakiem X**

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy, które akceptuję i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby konkursu i realizacji umowy.

Złotów, .....  
data

.....  
podpis Oferenta