

## FORMULARZ OFERTOWY KONKURS OFERT NR 90/2025

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych i świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej  
w Szpitalu Powiatowym w Złotowie**

**lekarskie świadczenia zdrowotne  
w Oddziale Chirurgicznym z pododdziałem chirurgii urazowo-ortopedycznej  
Kod CPV – 85121300-6**

### D A N E   O F E R E N T A

|                                                                                                            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Imię i nazwisko</b>                                                                                     |  |
| <b>Pełna nazwa i adres<br/>działalności gospodarczej/<br/>podmiotu leczniczego/<br/>adres zamieszkania</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 .....

**\* 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 od min. do max.</b> | <b>Propozycja kwoty za świadczenie zdrowotne</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Wykonywanie procedur operacyjnych z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu</b> | ..... - ..... godz./m-c                                                           | .....złotych/pkt                                 |
| <b>Udzielanie konsultacji specjalistyczno-ortopedycznych pacjentom Szpitala</b>            | wg potrzeb Szpitala                                                               | .....złotych/konsultację                         |

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
- ☐ informacja z Krajowego Rejestru Karnego (zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępstwami na tle seksualnym i ochronie małoletnich) lub zobowiązanie do dostarczenia

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

☐ oświadczam, że nie mam prawomocnie orzeczonego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia PWZ, ograniczenia PWZ lub braku zakazu zajmowania stanowiska

☐ oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych

☐ oświadczam, że nie byłem/am prawomocnie skazany/a za przestępstwo przeciwko mieniu, przeciwko obrotowi gospodarczemu, przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu terytorialnego, przeciwko wiarygodności dokumentów lub za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego

☐ oświadczam, że nie byłem/am karany za przestępstwa popełnione umyślnie

**\* właściwe oznaczyć znakiem X**

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy, które akceptuję. 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