

**FORMULARZ OFERTOWY KONKURS OFERT NR 31/2026****Udzielanie świadczeń zdrowotnych i świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej  
w Szpitalu Powiatowym w Złotowie**

w zakresie lekarskie świadczenia zdrowotne w:

- 1) Hospicjum Domowego dla dorosłych Kod CPV –85121100-4
- 2) Oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii Kod CPV – 85121200-5
- 3) Oddziały Chirurgicznym z pododdziałem chirurgii urazowo-ortopedycznej Kod CPV – 85121300-6
- 4) Oddziały Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (Detox) oraz Centrum Zdrowia Psychicznego: Oddział Psychiatryczny, Oddział Psychiatryczny Dzienny, Poradnia Zdrowia Psychicznego (PZP), Poradnia leczenia Uzależnień (PLU), Zespół Leczenia Środowiskowego (ZLŚ)  
Kod CPV - 85121270-6
- 5) Oddziały Terapii Uzależnień w Piecewie Kod CPV – 85121270-6
- 6) Oddziały Wewnętrzny Kod CPV – 85121200-5
- 7) Pracowni RTG i Tomografii Komputerowej Kod CPV – 85150000-5
- 8) Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Kod CPV – 85121200-5
- 9) Zespole Ratownictwa Medycznego (ZRM-S) Kod CPV –85121200-5

Propozycja okresu na jaki ma zostać zawarta umowa: od ..... do.....

**DANE OFERENTA**

<b>DANE OFERENTA</b>	
<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 w dziedzinie .....
- lekarz z I° specjalizacji .....
- lekarz systemu
- lekarz w trakcie specjalizacji z .....

\* właściwe oznaczyć znakiem X

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

<p style="text-align: center;"><b>Rodzaj świadczeń zdrowotnych w oddziale</b></p> <p style="text-align: center;">..... (wpisać obszar świadczeń)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Deklarowana liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych od min. do max.</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Propozycja kwoty za świadczenie zdrowotne</b></p>
<p><b>udzielanie świadczeń lekarskich w godzinach ordynackich tj. 7.30-15.05</b></p>	<p style="text-align: center;">..... - ..... godz./m-c</p>	<p style="text-align: center;">.....zł./godz.</p>
<p><b>pełnienie dyżurów lekarskich w dni powszednie i świąteczne</b></p>	<p style="text-align: center;">..... - ..... godz./m-c</p>	<p style="text-align: center;">.....zł./godz.</p>
<p><b>Udzielanie świadczeń lekarskich w Poradni Zdrowia Psychicznego (PZP), Poradni leczenia Uzależnień (PLU), Zespole Leczenia Środowiskowego (ZLS)</b></p>	<p style="text-align: center;">..... - ..... godz./m-c</p>	<p style="text-align: center;">.....zł./pkt</p>
<p><b>Udzielanie świadczeń lekarskich w Hospicjum Domowego dla dorosłych</b></p>	<p style="text-align: center;">..... - .... godz./m-c</p>	<p style="text-align: center;">.....złoty/osobodoba</p>

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
- zaświadczenie z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym 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

\* **właściwie 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