

FORMULARZ OFERTOWY KONKURS OFERT NR 36/2026**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 Oddziały Ratunkowym Kod CPV – 85121200-5
- 9) Zespole Ratownictwa Medycznego (ZRM-S) Kod CPV –85121200-5
- 10) Oddziały Medycyny Paliatywnej i Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Kod CPV – 85121200-5

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

DANE OFERENTA

DANE OFERENTA	
Imię i nazwisko	
Pełna nazwa i adres działalności gospodarczej/ podmiotu leczniczego	
NIP	
REGON	
Telefon do kontaktu	
Nazwa Banku i Numer Konta:	

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