

**FORMULARZ OFERTOWY KONKURS OFERT NR 41/2026****Udzielanie świadczeń zdrowotnych i świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej w  
Szpitalu Powiatowym w Złotowie****w zakresie udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w:**

- 1) Chirurgicznej Kod CPV –85121300-6
- 2) Chirurgii Onkologicznej Kod CPV –85121300-6
- 3) Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Kod CPV –851212830-0
- 4) Endokrynologicznej Kod CPV -85121200-5
- 5) Ginekologiczno-Położniczej Kod CPV –85121210-8
- 6) Kardiologicznej CPV – 85121231-1
- 7) Nefrologicznej Kod CPV –85121220-1
- 8) Neurologicznej Kod CPV –85121220-1
- 9) Pulmonologicznej CPV – 85121232-8
- 10) Reumatologicznej CPV –85121200-5
- 11) Pracowni USG i Endoskopii CPV –85150000-5

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

**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</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 z otwartą specjalizacją ..... rok szkolenia .....

\* właściwe oznaczyć znakiem X

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

| Rodzaj świadczeń zdrowotnych lub świadczenie usług                                      | Deklarowana liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych od min. do max. | Propozycja kwoty za świadczenie                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Udzielanie porad i konsultacji specjalistycznych w poradni/pracowni</p> <p>.....</p> | <p>..... - ..... godz./m-c</p>                                             | <p>za pkt .....</p> <p>Konsultację pacjentów:</p> <p>Szpitalnych .....</p> <p>spoza Szpitala .....</p> <p>Badanie: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

Załączniki\*:

- ☐ zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG)
- ☐ 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. 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
- ☐ inne (wpisać jakie).....
- ☐ 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