

FORMULARZ OFERTOWY KONKURS OFERT NR 46/2026**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) Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Kod CPV – 85121200-5
- 3) Oddziale Chirurgicznym z pododdziałem chirurgii urazowo-ortopedycznej Kod CPV – 85121300-6
- 4) Oddziale 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) Oddziale Terapii Uzależnień w Piecovie Kod CPV – 85121270-6
- 6) Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna Kod CPV- 85112200-9
- 7) Oddziale Dziecięcym Kod CPV – 85121291-9
- 8) Oddziale Ginekologicznym Kod CPV – 85111300-3
- 9) Oddziale Wewnętrznym i Przyszpitalnej Poradni Chorób Wewnętrznych Kod CPV – 85121200-5
- 10) Pracowni RTG i Tomografii Komputerowej Kod CPV – 85150000-5
- 11) Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Kod CPV – 85121200-5
- 12) Zespole Ratownictwa Medycznego (ZRM-S) Kod CPV –85121200-5

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

D A N E O F E R E N T A

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:

Rodzaj świadczeń zdrowotnych w oddziale/pracowni (wpisać obszar świadczeń)	Deklarowana liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych od min. do max.	Propozycja kwoty za świadczenie zdrowotne
udzielanie świadczeń lekarskich w godzinach ordynackich tj. 7.30-15.05	 - godz./m-c	zł./godz.
pełnienie dyżurów lekarskich w dni powszednie i świąteczne	 - godz./m-c	zł./godz.
Udzielanie świadczeń lekarskich w Poradni Zdrowia Psychicznego (PZP), Poradni leczenia Uzależnień (PLU), Zespole Leczenia Środowiskowego (ZLŚ)	 - godz./m-c	zł./pkt/godz. (wskazać właściwą wartość)
Udzielanie świadczeń lekarskich w Hospicjum Domowego dla dorosłych	 - godz./m-c	złoty/osobodoba

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