

## FORMULARZ OFERTOWY

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów  
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wieluniu

w:

.....  
.....

**Dane oferenta:**

**Imię i nazwisko oferenta:**

.....

Nazwa oferenta zgodnie z danymi rejestrowymi

.....

**Adres siedziby firmy:**

ULICA I NUMER LOKALU: .....

KOD POCZTOWY: .....

MIEJSCOWOŚĆ: .....

NUMER TELEFONU: .....

NIP: .....

REGON: .....

PESEL: .....

IMIONA RODZICÓW: .....

NAZWISKO RODOWE: .....

**Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres siedziby firmy):**

ULICA I NUMER LOKALU: .....

KOD POCZTOWY: .....

MIEJSCOWOŚĆ: .....

**I.** Proponowana kwota należności za realizację zamówienia: .....

**II.** Proponowana liczba godzin: .....

**III.** Kwalifikacje zawodowe Oferenta:

a) W trakcie szkolenia bez specjalizacji .....

b) Specjalizacja I stopnia w dziedzinie: .....

c) Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: .....

IV. Doświadczenie w pracy/udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym złożoną Ofertą:

- a) Do 5 lat
- b) 5-10 lat
- c) Powyżej 10 lat

V. Oświadczam, że przez okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie oferty udzielałam/-em świadczenia zdrowotne w zakresie tożsamym ze składaną ofertą.

TAK  NIE

VI. Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na czas określony w SWKO.

**Oświadczam, że do niniejszej oferty załączam (zaznaczyć):**

- oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, umowy oraz szczegółowymi warunkami ofert na formularzu stanowiącym **załącznik nr 1** do niniejszych warunków,
- aktualny wypis z właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego, w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do KRS, a dla podmiotów nie podlegających wpisowi KRS – aktualny wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej,
- aktualną polisę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności zgodnie z Rozporządzeniem Ministra finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Z 2025 r. poz. 272) lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu jej najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
- dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe poświadczane za zgodność z oryginałem: dyplom ukończenia studiów, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji w danej dziedzinie, , zaświadczenie o odbytych kursach i szkoleniach, certyfikaty,
- orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia wystawionego przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych,
- zaświadczenia z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Z 2022 poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego przed zawarciem umowy,
- zaświadczenie o odbytych szkoleniach okresowych bhp,
- pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta,
- inne, (jakie?).....  
.....  
.....

**Będąc świadomym konsekwencji wynikającym z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym**

---

**data, podpis i pieczęć Oferenta**