

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

**w:**

.....  
.....

<p><b>Dane oferenta:</b></p> <p><b>Imię i nazwisko oferenta:</b></p> <p>.....</p> <p><b>Nazwa oferenta zgodnie z danymi rejestrowymi</b></p> <p>.....</p> <p><b>Adres siedziby firmy:</b></p> <p>ULICA I NUMER LOKALU: .....</p> <p>KOD POCZTOWY: .....</p> <p>MIEJSCOWOŚĆ: .....</p> <p>NUMER TELEFONU: .....</p> <p>NIP: .....</p> <p>REGON: .....</p> <p>PESEL: .....</p> <p>IMIONA RODZICÓW: .....</p> <p>NAZWISKO RODOWE: .....</p> <p><b>Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres siedziby firmy):</b></p> <p>ULICA I NUMER LOKALU: .....</p> <p>KOD POCZTOWY: .....</p> <p>MIEJSCOWOŚĆ: .....</p>
---

- 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 odbytym szkoleniu okresowym 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**