Pieczątka firmowa z pełną nazwą Przyjmującego Zamówienie

Konkurs KD.14.2026

Załącznik nr 1 do MI

Formularz oferty

I. Instrukcja dla Oferenta :

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczętowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem", podpisem i pieczątką Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony Formularza oferty muszą być parafowane przez Oferenta.

II. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko lekarza															
Rodzaj praktyki lekarskiej								**Nr prawa wykonywania zawodu**							
Organ prowadzący rejestr (nazwa Okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)								**Nr księgi rejestrowej**							

Adres zamieszkania		
Kraj	**Miejscowość**	
Kod pocztowy	**Poczta**	
Ulica	**Nr domu**	**Nr lokalu**
E-mail	**telefon**	**fax**

Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):		
Kraj	**Miejscowość**	
Kod pocztowy	**Poczta**	
Ulica	**Nr domu**	**Nr lokalu**

Działalność gospodarcza	
Firma	**Siedziba**
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)	**REGON**

III. Oferowana kwota wynagrodzenia:

1. Za realizację miesięcznego zamówienia proponuję stawkę w wysokości:

   1) ..... **zł brutto** (słownie: , 00/100) za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Radiologii oraz za kierowanie i zarządzanie Zakładem Radiologii na stanowisku Lekarza Kierującego Zakładem Radiologii

   2) ..... **zł brutto** (słownie: , 00/100) za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Radiologii

2. Proponowana liczba godzin udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach normalnej ordynacji przez Przyjmującego Zamówienie wynosi ..... godziny miesięcznie.
W przypadku zapotrzebowania Udzielającego Zamówienia na większą ilość godzin udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych, za zgodą obu Stron, ilość godzin może ulec zwiększeniu.
3. Proponowana liczba godzin udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych poza normalną ordynacją (dyżur medyczny) przez Przyjmującego Zamówienie wynosi ..... godzin miesięcznie.
W przypadku zapotrzebowania Udzielającego Zamówienia na większą ilość godzin udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych, za zgodą obu Stron, ilość godzin może ulec zwiększeniu.

**- wypełnić właściwie do złożonej oferty*

IV . Oświadczenie:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienność cen.
2. Oferuję termin płatności ……. dni od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarza wynosi …….. lat.
4. Oświadczam, że staż pracy w komórce medycznej o specjalności ……. wynosi …… lat.
5. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
6. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu Przyjmującego Zamówienie na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w MI, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
7. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od dnia 01.10.2026 r. do dnia 30.09.2027 r.
8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na możliwość przedłużenia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w drodze aneksu o kolejne 12 miesięcy po upływie terminu jej obowiązywania.
9. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
10. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz załącznikami nr 3 i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
11. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
12. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
13. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
14. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej,

aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.

15. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienia harmonogramem.

V. Do oferty załączam dokumenty (jeżeli nie są w posiadaniu Udzielającego Zamówienia lub straciły aktualność):

1. Wykaz personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych w imieniu Przyjmującego Zamówienie, w przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Aktualny odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą/zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*.
3. Aktualny odpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/wyciąg z KRS.
4. Umowa spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej) *.
5. Prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych.
6. Kopia dyplomu lekarza.
7. Kopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe – w tym posiadane specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji), kursy specjalistyczne, doskonalące i inne świadectwa posiadanych umiejętności:
   1) ……
   2) ……
   3) ……

8. ……..…….. (*inne dokumenty – wskazać jakie*).

*-niewłaściwe skreślić

.....
(pieczątka i podpis
Przyjmującego Zamówienie)

.....
(miejscowość i data)