

## FORMULARZ OFERTOWY

**W KONKURSIE OFERT NA UDZIELANIE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU HIPERTENSJOLOGII - NIEFINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

**1. Dane oferenta**

Imię i nazwisko.....

Telefon: ..... e-mail: .....

Adres : .....

NIP ..... REGON.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą  
.....

Nazwa firmy.....

Specjalizacja (nazwa i stopień) .....

Udzielający zamówienia jest uprawniony do kontaktu Oferentem za pośrednictwem wskazanych powyżej środków komunikacji w trakcie konkursu ofert. Wszelkie informacje, oświadczenia lub wezwania kierowane za pośrednictwem określonych wyżej środków komunikacji uznają się za skutecznie złożone przez Udzielającego zamówienia.

.....

Data i podpis oferenta

**2. Przedmiot oferty**

Składam ofertę na udzielanie przez lekarza specjalistę świadczeń zdrowotnych z zakresu hipertensjologii, polegających na wykonywaniu, ocenie i opisie badania wysiłkowego serca oraz ocenie z opisem EKG spoczynkowego, EKG Holter i EKG Holter RR - niefinansowanych ze środków publicznych Narodowego Funduszu Zdrowia

.....

Data i podpis

**3. Oferta**

a) cena jaką oferuję za udzielanie świadczeń zdrowotnych, które stanowią przedmiot Konkursu ofert to:

- cena brutto za wykonanie i ocenę badania wysiłkowego serca ..... zł (słownie złotych:.....),

- cena brutto za ocenę i opis badania EKG ..... zł (słownie:.....),

- cena brutto za ocenę i opis Badania EKG Holtert, EKG Holter RR ..... zł (słownie: .....).

**4. Okres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących przedmiot konkursu:**

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu hipertensjologii w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego od 1 sierpnia 2026 r. do 31 lipca 2028 r.

.....

Data i podpis

**5. Oświadczenia:**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych (stanowiącym załącznik nr 1 do SWKO) i akceptuję zawarte w nich postanowienia, nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że posiadam uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełniam określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki ich realizacji.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami wynikającymi z treści powszechnie obowiązujących przepisów prawnych.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego zamówienia złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 1 do SWKO oraz do przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że świadczenia wykonywane będą w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Udzielającego zamówienia.

.....

Data i podpis

Zobowiązuję się do posiadania ważnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy, której wzór stanowi załącznik nr 1 do SWKO.

.....  
Data i podpis

Oświadczam, iż nie byłam/am karana/y za przestępstwo na szkodę dzieci ani nie toczy się wobec mnie żadne postępowanie w tym zakresie.

.....  
Data i podpis

Oświadczam, że nie jestem pozbawiona/y, ani zawieszona/y w prawach do wykonywania zawodu na mocy prawomocnego wyroku karnego sądu powszechnego ani zawodowego sądu lekarskiego, a w chwili składania niniejszej oferty nie toczy się przeciwko mnie postępowanie przygotowawcze, które mogłoby prowadzić do pozbawienia mnie prawa wykonywania zawodu.

.....  
Data i podpis

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. Dyplom lekarza, dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji.
2. Wpis do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Okręgowa Rada Lekarska),
3. Wpis do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej (CEIDG),
4. Polisa ubezpieczenia OC,
5. Aktualne zaświadczenie lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń objętych umową,
6. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego obejmujące Kartotekę karną oraz Kartotekę Nieletnich; Oświadczenie o zamieszkiwaniu wymagane ustawą z dnia 28 lipca 2023r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2023.1606) oraz ustawa z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2024.560.t.j.).