Załącznik nr 2 do SWKO

FORMULARZ OFERTOWY

UDZIELANIE PRZEZ LEKARZA ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PROFILAKTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD PRACOWNIKAMI W PORADNI MEDYCYNY PRACY W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWIA W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO

1. Dane oferenta

Imię i nazwisko ..... telefon.....

e-mail.....

adres: .....

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

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr wpisu do Rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą.....

Nazwa firmy.....

Kwalifikacje do wykonywania świadczeń z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami:.....
.....

Podane powyżej dane są środkami komunikacji, którymi będę się posługiwać w kontakcie z Udzielającym zamówienia w trakcie prowadzonego konkursu. Wszelkie informacje, oświadczenia lub wezwania kierowane za pośrednictwem przywołanych wyżej środków komunikacji uznaję za skutecznie złożone przez Udzielającego zamówienia.

2. Przedmiot oferty

Złożona przeze mnie oferta jest ofertą na udzielanie przez lekarza świadczeń z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami w Poradni Medycyny Pracy.

3. Oferta

Oferuję następujące ceny jednostkowe z tytułu udzielanych świadczeń:

- ..... zł cena za badanie lekarskie w zakresie badań profilaktycznych wraz z wydaniem orzeczenia ;
- ..... zł cena za badanie kierowców wraz z wydaniem orzeczenia ;
- ..... zł cena za badanie dla celów sanitarno-epidemiologicznych wraz z wydaniem orzeczenia;
- ..... zł cena za jedną godzinę posiedzenia komisji BHP;

- ..... zł cena za przegląd warunków pracy, w tym przeprowadzanie wizytacji stanowisk pracy pracowników biurowych;

- cena za badanie lekarskie osób kierowanych na szczepienia ochronne
..... zł;

4. Okres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących przedmiot konkursu:

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń lekarza z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami w Poradni Medycyny Pracy w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego w okresie od 1 grudnia 2026 roku do 30 września 2028 roku.

.....
Data i podpis

5.Oświadczenia:

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 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 opieki zdrowotnej 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 opieki zdrowotnej.

.....
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, 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. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu, dokument potwierdzający kwalifikacje do wykonywania świadczeń stanowiących przedmiot konkursu.
2. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Okręgowa Rada Lekarska),
3. Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),
4. Polisę ubezpieczenia OC,
5. Aktualne zaświadczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń objętych umową,
6. Dokumenty potwierdzające spełnianie wymagań określonych w SWKO.