FORMULARZ OFERTOWY
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

- **świadczenie usług zdrowotnych lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii lub dziedzinach pokrewnych,**
- **lekarza posiadającego specjalizację I° w dziedzinie chorób wewnętrznych/dziedzinach pokrewnych**
- **lekarza specjalizującego się w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii lub dziedzinach pokrewnych**

A. Dane identyfikacyjne:

1. Nazwisko _____
2. Imiona _____
3. Adres zamieszkania _____
4. Nazwa wykonywanej praktyki _____
5. Siedziba praktyki (adres) _____
6. Nr wpisu do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej _____
7. NIP _____
8. Regon _____
9. Telefon kontaktowy _____

B. Kwalifikacje:

1. Nr dyplomu _____
2. Nr prawa wykonywania zawodu _____
3. Dyplom specjalizacji w dziedzinie _____
4. Staż pracy w zawodzie (liczba lat) _____
5. Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (potwierdzone certyfikatem odbytych kursów i szkoleń): _____

_____

C. Określenie warunków:

Świadczenia wykonywane będą w lokalu Udzielającego zamówienia. Warunki użytkowania pomieszczeń, używania przy wykonywaniu świadczeń sprzętu i aparatury medycznej oraz przechowywania dokumentacji medycznej określone zostaną w umowie zawartej pomiędzy Stronami.
Oferent zobowiązany jest do pracy zgodnie z miesięcznym harmonogramem czasu pracy ustalonym przez Kierownika Oddziału i zatwierdzonym przez Dyrektora ds. Medycznych Szpitala.

D. Warunki oferty:

1. Gotowość Oferenta do świadczenia usług – Oddział Chorób Wewnętrznych:

l.p.	Rodzaj świadczenia	Deklarowana liczba godzin	Propozycja kwoty za świadczenie zdrowotne
1.	*liczba deklarowanych godzin pracy w oddziale chorób wewnętrznych w czasie normalnej ordynacji Szpitala:*		..... godzin/miesiąc
2.	*liczba deklarowanych godzin pracy w ramach dyżurów medycznych:*		.....godzin/miesiąc
3.	*Kierowanie oddziałem **TAK/NIE***	---	---

FORMULARZ OFERTOWY
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

- świadczenie usług zdrowotnych lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii lub dziedzinach pokrewnych,
- lekarza posiadającego specjalizację I° w dziedzinie chorób wewnętrznych/dziedzinach pokrewnych,
- lekarza specjalizującego się w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii lub dziedzinach pokrewnych

Udzielający zamówienie zamawia, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się osobiście wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie świadczenia zdrowotne objęte postępowaniem konkursowym na rzecz Szpitala w Nowym Tomyślu.

E. Dokumenty

Oferent przedkłada w załączeniu następujące dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz dane identyfikacyjne (w kserokopiach, oryginały do wglądu po przyjęciu oferty), ponadto wymaga się od Oferenta zaznaczenia dokumentu, który zostanie złożony w postępowaniu konkursowym lub dokument który jest w posiadaniu Udzielającego zamówienie

Lp.	Dokument	Dołączono	W posiadaniu SPZOZ*
1	dokument potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego		
2	dyplom ukończenia studiów		
3	prawo wykonywania zawodu		
4	dyplom specjalisty lub dokument potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji, inne dokumenty (certyfikaty, dyplomy i zaświadczenia etc.) potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe niezbędne do wykonywania oferowanych świadczeń, ew. opisany przebieg pracy zawodowej		
5	zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG),		
6	zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk zawodowych lub wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL		
7	zaświadczenia o numerach NIP i REGON		
8	polisę obowiązkowego ubezpieczenia OC (lub zobowiązanie do jej zawarcia i dostarczenia do dnia zawarcia umowy), w tym za szkody wynikłe z przeniesienia chorób zakaźnych –HIV i WZW oraz na czas wykonywania świadczeń poza siedzibą Udzielającego zamówienia (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą Dz.U. 2019 poz. 866)		
9	aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych/ świadczenia usług będących przedmiotem konkursu (lub zobowiązanie do dostarczenia do dnia podpisania umowy)		
10	zaświadczenie potwierdzające staż pracy (jeśli dotyczy).		
11	zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego (zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępstwami na tle seksualnym i ochronie małoletnich) (Dz.U.2026.110 z późn. zm.)		

OŚWIADCZENIA		***PODPIS***
1.	Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych	
2.	Oświadczam o braku prawomocnie orzeczonego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia PWZ, ograniczenia PWZ lub braku zakazu zajmowania stanowiska	
3.	Oświadczam, że : ✓ nie byłem/am skazany/a za przestępstwa popełnione umyślnie, ✓ nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich, ✓ nie jestem ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu ✓ nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym	

*W przypadku, gdy oferta zostaje złożona przez Oferenta wykonującego świadczenia zdrowotne na rzecz Udzielającego zamówienia, w okresie sześciu miesięcy od ogłoszenia postępowania i są nadal aktualne, zaznaczając ww pole może złożyć poniższe oświadczenie:

FORMULARZ OFERTOWY
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

- świadczenie usług zdrowotnych lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii lub dziedzinach pokrewnych,
- lekarza posiadającego specjalizację I° w dziedzinie chorób wewnętrznych/dziedzinach pokrewnych,
- lekarza specjalizującego się w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii lub dziedzinach pokrewnych

---

Niniejszym oświadczam, iż dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz dane identyfikacyjne wskazane „W posiadaniu SPZOZ"* znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienie i są aktualne na dzień zawarcia umowy.

_____

Data, pieczątka i podpis Oferenta

F. OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się i akceptuje treść ogłoszenia o niniejszym konkursie oraz Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert
2. zapoznał się z warunkami konkursu ofert z treścią ogłoszenia konkursu ofert i nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz posiada niezbędne informacje do przygotowania oferty,
3. dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
4. posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zadania oraz dysponuje niezbędną wiedzą i doświadczeniem,
5. nie zachodzi wobec niego przeszkoda do zawarcia umowy, o której mowa w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024.146 z późn. zm.).
6. spełnia inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;
7. wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w postępowaniu konkursowymi zgodnie z przepisami rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz.Urz. UE L 119 z 04.05.2016) oraz zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2019 r. poz. 1781 z późn.zm.).

_____

Data, pieczątka i podpis oferenta