**FORMULARZ OFERTOWY**
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO**
**- świadczenie usług zdrowotnych lekarza w Oddziale Dziecięcym SPZOZ w Nowym Tomyślu**

**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. Dwuletnie doświadczenie na stanowisku kierowniczym_____
6. 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 Dziecięcy

| **l.p.** | **Rodzaj świadczenia** | **Propozycja kwoty za świadczenie zdrowotne** |
|---|---|---|
| *1.* | *liczba deklarowanych godzin pracy w oddziale chorób wewnętrznych w czasie normalnej ordynacji Szpitala: ..... godz. /m-c* | ..... godzin/miesiąc |
| *2.* | *liczba deklarowanych godzin pracy w ramach dyżurów medycznych: .....godz. /m-c* | .....godzin/miesiąc |
| *3.* | *Kierowanie oddziałem – uzupełnione po spełnieniu wymogu 3 letniego doświadczenia na stanowisku kierowniczym* | TAK/NIE |

**FORMULARZ OFERTOWY**
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO**
**- świadczenie usług zdrowotnych lekarza specjalisty w pediatrii**
**- lekarza posiadającego specjalizację I° w dziedzinie pediatrii,**
**- lekarza specjalizującego się w dziedzinie pediatrii**

---

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 :<br>✓ nie byłem/am skazany/a za przestępstwa popełnione umyślnie,<br>✓ 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,<br>✓ nie jestem ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu<br>✓ nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym | |

**FORMULARZ OFERTOWY**
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO**
**- świadczenie usług zdrowotnych lekarza specjalisty w pediatrii**
**- lekarza posiadającego specjalizację I° w dziedzinie pediatrii,**
**- lekarza specjalizującego się w dziedzinie pediatrii**

*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:

**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. 2025.1461 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.2019.1781 z późn.zm.).

Data, pieczątka i podpis oferenta