



NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
**ŁUŻYCKIE CENTRUM MEDYCZNE**  
W LUBANIU SP. Z O.O  
ul. Zawidowska 4, 59-800 Lubań



*Załącznik nr 1 do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez lekarzy  
na rzecz pacjentów N ZOZ Łużyckiego Centrum Medycznego w Lubaniu Sp. z o.o.*

.....  
(miejsowość i data)

### **UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

**N ZOZ Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu Sp. z o.o.**

**ul. Zawidowska 4**

**59-800 Lubań**

## **FORMULARZ OFERTOWY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez lekarzy**

**na rzecz pacjentów N ZOZ Łużyckiego Centrum Medycznego w Lubaniu Sp. z o.o.**

### **1. Dane identyfikacyjne Oferenta:**

Imię ..... Nazwisko .....

PESEL .....

Pełna nazwa firmy (praktyki), pod którą Oferent prowadzi działalność gospodarczą:

.....

Adres siedziby .....

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres siedziby Oferenta j. w.)

.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą .....

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

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

Nazwa banku .....

Numer rachunku bankowego .....



NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
**ŁUŻYCKIE CENTRUM MEDYCZNE**  
W LUBANIU SP. Z O.O  
ul. Zawidowska 4, 59-800 Lubań



**2. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego Zamówienia,** na warunkach określonych w Szczegółowych warunkach konkursu ofert opracowanych dla potrzeb niniejszego konkursu, **w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.**

**3. Opis kompetencji:**

- 1) Tytuł zawodowy .....
- 2) Nr prawa wykonywania zawodu .....
- 3) Posiadana specjalizacja:
  - a) dziedzina specjalizacji .....
  - b) stopień specjalizacji .....
  - c) nr dyplomu .....
- 4) W trakcie specjalizacji:
  - a) dziedzina specjalizacji .....
  - b) rok trwania specjalizacji .....
- 5) Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem/certyfikatem lub innym dokumentem) .....

**4. Oferta cenowa**

	<b>Wynagrodzenie brutto za jedną godzinę świadczenia usług medycznych w ramach dyżuru lekarskiego</b>
<b>Świadczenie usług medycznych w ramach dyżurów lekarskich w dni powszednie w godzinach od 18:00 do 08:00</b>	
<b>Świadczenie usług medycznych w ramach dyżurów lekarskich w sobotę, niedzielę i święta w godzinach od 08:00 do 08:00</b>	



NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
**ŁUŻYCKIE CENTRUM MEDYCZNE**  
W LUBANIU SP. Z O.O  
ul. Zawidowska 4, 59-800 Lubań



**ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTOWEGO \* :**

1. Oświadczenie Oferenta.
2. Poświadczony przez Oferenta zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej - wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),
3. Poświadczony przez Oferenta kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza \*:
  - a) dyplom studiów,
  - b) prawo wykonywania zawodu lekarza,
  - c) dyplom specjalizacji,
  - d) stopnie i tytuły naukowe,
  - e) potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji.
4. Poświadczona przez Oferenta kserokopia polisy OC na kwotę minimalną lub oświadczenie o przedłożeniu polisy, zawartej zgodnie z aktualnym rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
5. Ponadto do oferty załączam \* :
  - a) aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do realizacji przedmiotu umowy,
  - b) zaświadczenie o wpisie, w formie księgi rejestrowej, do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (DIL) – z wpisanym adresem miejsca udzielania świadczeń oraz nazwą podmiotu,
  - c) inne posiadane dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności (np. certyfikaty, zaświadczenia) – w przypadku ich posiadania,

W przypadku niedołączenia do oferty dokumentów, o których mowa w pkt 5 lit a) i b) zobowiązuję się do przedłożenia ich najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

*\*niepotrzebne skreślić*

**Załącznik Nr 1 do Formularza Ofertowego**

.....  
(miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie, Szczegółowymi warunkami konkursu ofert, akceptuję je w pełnym zakresie i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że spełniam określone w ogłoszeniu o konkursie i w szczegółowych warunkach konkursu ofert wymagania.
3. Oświadczam, że uzyskałam/em wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia zdrowotne.
4. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych złożoną ofertą.
5. Oświadczam, że jestem związana/y ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
7. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
8. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Udzielającego Zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu Zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia.
9. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę osobiście.
10. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
11. Oświadczam, że sam/a rozliczam się z Urzędem Skarbowym.
12. Oświadczam, że zgłosiłam/łam swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
13. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z zawarciem umowy cywilnoprawnej. Zostałam/em poinformowana/y o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
(podpis i pieczętka Oferenta)