

**FORMULARZ OFERTOWY**

dla zamówienia dokonywanego w trybie konkursu ofert  
na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej  
pn.

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych z aktualnym zapotrzebowaniem  
Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza  
w Dąbrowie Górniczej ul. Szpitalna 13 w zakresie:  
KOORDYNATOR W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM**

**I. Dane Oferenta:**

nazwa .....

siedziba .....

adres, nr telefonu, .....

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

dane rejestrowe .....

**II. Udzielający Zamówienia:**

Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza  
ul. Szpitalna 13, 41-300 Dąbrowa Górnicza

**III.** W oparciu o ogłoszenie konkursowe na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:  
Koordynator w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (konkurs Ofert 18.2026) dla  
Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza  
w Dąbrowie Górniczej opublikowane na stronie internetowej Szpitala oferuję udzielanie  
świadczeń zdrowotnych w okresie 3 lat obejmujące wykonywanie świadczeń  
zdrowotnych zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia:

wymiar godzin do dyspozycji w miesiącu – .....

| Miejsce wykonywania świadczeń  | Stawka kwotowa za wykonywanie świadczeń w zakresie objętym konkursem, za godzinę świadczenia usług |
|--|--|
| Szpitalny Oddział Ratunkowy wraz z innymi niezbędnymi świadczeniami w zakresie medycyny ratunkowej, w tym kierowanie SOR | ..... zł brutto -<br>za godzinę wykonywania tych świadczeń   |

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Ogłoszenia oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że zainteresowałem/am się i uzyskałem/am wszystkie konieczne informacje, niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia będące przedmiotem konkursu.
3. Oświadczam, że uważam się związany/na niniejszą ofertą na czas określony w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert w przedmiocie, którego moja oferta dotyczy, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
5. Oświadczam, że wyrażam gotowość do podjęcia negocjacji w zakresie przedmiotu postępowania konkursowego na wezwanie Udzielającego Zamówienia.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Oświadczam, że spełniam warunek określony w art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
8. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, art. 189 a i art. 207 Kodeksu karnego oraz ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

### Załączniki:

1. prawo wykonywania zawodu i dokumenty potwierdzające kwalifikacje, uprawnienia (dyplom specjalizacji, kursy kwalifikacyjne);
3. oświadczenie Oferenta o spełnieniu wymagań w zakresie co najmniej pięcioletniego doświadczenia w pracy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub dokument potwierdzający to doświadczenie;
4. wypis z KRS lub CEIDG;
5. polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
6. aktualne badania lekarskie;
7. zaakceptowany wzór umowy;
8. oświadczenie o zapoznaniu się z SWKO;
9. zaakceptowana klauzula informacyjna RODO;
10. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, art. 189 a i art. 207 Kodeksu karnego oraz ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

.....  
(podpis osoby uprawnionej, data