

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem  
Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza  
w Dąbrowie Górniczej ul. Szpitalna 13 na Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej,  
Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej /Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,  
Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej.**

**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 na Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej/ Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej (Konkurs Ofert 21.2026) dla Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej opublikowane na stronie internetowej oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie 3 lat obejmujące wykonywanie świadczeń medycznych zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia: wymiar godzin do dyspozycji miesięcznie) .....

1) W zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem realizowanych w ZCO w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej/ Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej.

Miejsce wykonywania świadczeń	Stawka kwotowa za wykonywanie świadczeń w zakresie objętym konkursem, za godzinę świadczenia usług
A) Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej wraz z pozostałymi niezbędnymi świadczeniami realizowanymi w siedzibie ZCO w Dąbrowie Górniczej	..... PLN brutto za godzinę wykonywania tych świadczeń

Dyżur „pod telefonem,	..... PLN brutto za godzinę wykonywania tych świadczeń
-----------------------	--

Świadczenie usług w przypadku przyjazdu podczas dyżuru pod telefonem	..... PLN brutto za godzinę wykonywania tych świadczeń wg stawki godzinowej dla pracy w oddziale
--	--

- 2) W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem realizowanych w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej

Miejsce wykonywania świadczeń	Stawka za wykonywanie świadczeń w zakresie objętym konkursem
B) Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej wraz z innymi niezbędnymi świadczeniami realizowanymi w siedzibie ZCO w Dąbrowie Górniczej	równowartość iloczynu .....% prawidłowo rozliczonych punktów w ramach umowy z NFZ i ceny za punkt zgodnej z kwotą określoną przez NFZ w umowie.

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Ogłoszenia oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- Oświadczam, że zainteresowałem/am się i uzyskałem/am wszystkie konieczne informacje, niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia będące przedmiotem konkursu.
- 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.
- 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.
- 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 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Załączniki:

- 1) dyplom potwierdzający posiadanie kwalifikacji;
- 2) prawo wykonywania zawodu (obligatoryjnie kserokopia ze zdjęciem);
- 3) dokument potwierdzający posiadanie wymaganej specjalizacji lub dokument potwierdzający odbywanie wymaganej specjalizacji;
- 4) wypis z Krajowy Rejestr Sądowy (KRS) lub Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej (CEIDG)
- 5) polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
- 6) aktualne badania lekarskie;
- 7) oświadczenie o zapoznaniu się z SWKO;
- 8) zaakceptowana klauzula informacyjna RODO.

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 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

.....  
(podpis osoby uprawnionej, data)