

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 w zakresie
medycyny pracy w Poradni Medycyny Pracy**

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 medycyny pracy w Poradni Medycyny Pracy (Konkurs Ofert 08/2025) dla Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej opublikowane na stronie internetowej oraz na tablicy ogłoszeń ZCO Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie 3 lat obejmujące wykonywanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia :

- 1) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny pracy realizowanych w Poradni Medycyny Pracy - wymiar godzin do dyspozycji w miesiącu –

Miejsce wykonywania świadczeń	Stawka za wykonywanie świadczeń w zakresie objętym konkursem
Poradnia Medycyny Pracy wraz z innymi niezbędnymi świadczeniami w przedmiotowym zakresie, realizowanymi w ZCO w Dąbrowie Górniczej zł brutto za godzinę

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.

Załączniki:

- 1) dyplom potwierdzający posiadanie kwalifikacji;
- 2) prawo wykonywania zawodu;
- 3) dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu medycyny pracy;
- 4) oświadczenie o spełnieniu wymagań w zakresie co najmniej dwuletniego doświadczenia w zakresie posiadanej specjalizacji lub dokument potwierdzający to doświadczenie;
- 5) wypis z KRS lub CEIDG;
- 6) polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
- 7) aktualne badania lekarskie;
- 8) zaakceptowany wzór umowy;
- 9) oświadczenie o zapoznaniu się z SWKO;
- 10) zaakceptowana klauzula informacyjna RODO.

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