

**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 WYKONYWANIA CZYNNOŚCI PRZEZ LEKARZY  
NA ODDZIALE POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNYM**

**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 wykonywania czynności przez lekarzy na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym (konkurs Ofert 14/2025) dla Zagłębiowskiego Centrum Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej opublikowane na stronie internetowej Szpitala 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 :

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

| Miejsce wykonywania świadczeń                                                                                                | Stawka kwotowa za wykonywanie świadczeń w zakresie objętym konkursem |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Oddział Położniczo-Ginekologiczny wraz z innymi niezbędnymi świadczeniami realizowanymi w siedzibie ZCO w Dąbrowie Górniczej | ..... PLN brutto<br>za godzinę wykonywania tych świadczeń            |

- 1) W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem realizowanych w Poradni Ginekologicznej :

| Miejsce wykonywania świadczeń                                                                                                      | Stawka za wykonywanie świadczeń w zakresie objętym konkursem                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Poradnia Ginekologiczna wraz z innymi niezbędnymi świadczeniami w przedmiotowym zakresie, realizowanymi w 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.
- Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
- 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) dokument potwierdzający posiadanie uprawnień w zakresie lekarza;
- 3) oświadczenie Oferenta o spełnieniu wymagań w zakresie co najmniej dwuletniego doświadczenia w pracy lub dokument potwierdzający to doświadczenie;
- 4) wypis z KRS lub CEIDG;
- 5) polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
- 6) aktualne badania lekarskie;
- 7) zaakceptowany odpowiedni 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 ( Dz. U. z 2023r. poz. 172 oraz z 2022r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

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