

## FORMULARZ OFERTOWY

.....  
(Dane oferenta\*)

.....  
(Adres\*)

.....  
(telefon\*)  
.....

.....  
(Nr wpisu do właściwego rejestru – księgi rejestrowej  
i oznaczenie organu dokonującego wpisu\*)

**107 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ  
ul. Kołobrzaska 44, 78-600 Wałcz**

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 107 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią SPZOZ w zakresie\*:

.....  
.....  
.....  
Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienie.

Proponowane kwoty należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach przedmiotu konkursu przez podmioty, o których mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ( t.j. Dz. U. z 2021r. poz. 711 z póź. zm.) oraz proponowana ilość świadczeń (w godzinach na miesiąc).

### **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach:**

**1. udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziałach szpitalnych w dni powszednie (od poniedziałku do piątku)**

..... zł brutto za 1 godz. świadczenia usług\*.

**2. pełnienie dyżurów medycznych stacjonarnych w Szpitalu w dni powszednie (od poniedziałku do piątku)**

za 1 dyżur - .....zł brutto (słownie:.....)

**3. pełnienie dyżurów medycznych stacjonarnych w Szpitalu w soboty, niedzielę i święta**

za 1 dyżur- .....zł brutto (słownie:.....)

**4. pełnienie dyżurów gotowości w dni powszednie (od poniedziałku do piątku)**

za 1 dyżur- .....zł brutto (słownie:.....)

**5. pełnienie dyżurów gotowości w soboty, niedzielę i święta**

za 1 dyżur- .....zł brutto (słownie:.....)

**6. udzielanie świadczeń medycznych w Poradniach (pracowniach, zakładach) Specjalistycznych w ramach umów zawartych przez Zamawiającego z NFZ.**

za każdy punkt wypracowany w Poradni .....  
oraz uznany i sfinansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia - ..... zł brutto  
(słownie.....)

**7. udzielanie świadczeń medycznych w Poradniach (pracowniach, zakładach) Specjalistycznych w ramach umów zawartych przez Zamawiającego z innymi podmiotami.**

Za każdą poradę/konsultację/badanie w Poradni .....- .....zł brutto  
(słownie .....

**8. udzielanie świadczeń medycznych w pracowniach i zakładach diagnostycznych**

- Za badanie .....- .....zł brutto  
(słownie .....

- Za badanie.....- .....zł brutto  
(słownie .....

.....)

- Za badanie .....- .....zł brutto  
(słownie .....

.....)

- Za badanie .....- .....zł brutto  
(słownie.....)

- Za badanie .....- .....zł brutto  
(słownie .....

(Do oferty w tym zakresie określonym w punkcie 6, 7 i 8 należy dołączyć proponowany harmonogram udzielania świadczeń!)

**9. udzielanie świadczeń zdrowotnych w poradni podstawowej opieki zdrowotnej w dni powszednie (od poniedziałku do piątku)**

..... zł brutto za 1 godz. świadczenia usług.

**10. pełnienie dyżurów medycznych stacjonarnych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej**

...../.... zł brutto za 1 godz. świadczenia usług.

**11. Ilość oferowanych świadczeń:**

deklaruję, iż miesięcznie będę udzielał/a świadczenia medyczne

w ilości ..... godzin (słownie: .....)

**12. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne**

na okres od ..... 20.....r. do..... 20..... r.

W załączeniu przedkładam:

- a) kserokopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej obowiązkowego ubezpieczenia O. C.,
- b) kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje,
- c) kserokopię prawa wykonywania zawodu,
- d) kserokopię dokumentu potwierdzającego nadanie numeru NIP,
- e) kserokopię dokumentu potwierdzającego nadanie numeru REGON,
- f) kserokopię dokumentu potwierdzającego wpis do Rejestru prowadzonego w Okręgowej Izbie Lekarskiej lub wpis do Rejestru Wojewody,
- g) kserokopię dokumentu potwierdzającego wpis do Ewidencji Działalności Gospodarczej lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego,
- h) aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu,
- i) proponowany harmonogram udzielania świadczeń – dotyczy zakresów oznaczonych w formularzu ofertowym.

Oświadczam, że zapoznałem/am/ się treścią ogłoszenia oraz z Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.

Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez KOMENDANTA Szpitala.

Jestem związany/na niniejszą ofertą przez czas wskazany w Regulaminie przeprowadzania konkursu ofert tj. 30 dni od daty zakończenia terminu składania ofert.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018.1000).

Obowiązek informacyjny na temat ochrony danych osobowych znajduje się w BIP, zakładka Prawo – Obowiązek informacyjny wobec kontrahentów.

.....  
/data sporządzenia oferty/

.....  
/pieczęć i podpis oferenta/