



SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY  
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W LĘBORKU

e-mail: sekretariat@szpital-lebork.com.pl, www.szpital-lebork.com.pl

84-300 LĘBORK, UL. JULIANA WĘGRZYNOWICZA 13, TEL. 59 86 35 202, FAX 59 86 33 173, DYREKCJA TEL. 59 8635 325



## FORMULARZ OFERTOWY - LEKARZ

### I. DANE OFERENTA:

Nazwa praktyki (firma)	
Imię i nazwisko osoby reprezentującej firmę	
Adres	
Nr wpisu do rejestru	
Telefon	
E-mail	

### II. KWALIFIKACJE OFERENTA

Nr dyplomu	
Nr prawa wykonywania zawodu	
Specjalizacja (dziedzina, stopień)	

### III. DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE OFERENTA

Staż w zawodzie (w latach)	
----------------------------	--

### IV. DOSTĘPNOŚĆ (miejsce / godziny / harmonogram)

Deklarowane miejsce udzielania świadczeń	
Deklarowana liczba godzin udzielania świadczeń w miesiącu (bez dyżurów medycznych)	
Deklarowana liczba dyżurów medycznych w miesiącu	

### V. STAWKA PROPONOWANA PRZEZ OFERENTA

Stawka (Brutto) za udzielanie świadczeń	
---	--



**SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY  
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W LĘBORKU**

e-mail: sekretariat@szpital-lebork.com.pl, www.szpital-lebork.com.pl

84-300 LĘBORK, UL. JULIANA WĘGRZYNOWICZA 13, TEL. 59 86 35 202, FAX 59 86 33 173, DYREKCJA TEL. 59 8635 325



## **VI. WARUNKI WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ**

Warunki użytkowania pomieszczeń, używania przy wykonywaniu świadczeń sprzętu i aparatury medycznej, leków, środków transportu oraz przechowywania dokumentacji medycznej określone zostaną w umowie zawartej pomiędzy Stronami.

## **VII. WYMAGANE DOKUMENTY**

Oferent przedkłada w załączeniu następujące dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz dane identyfikacyjne (w kserokopiach, oryginały do wglądu po przyjęciu oferty):

### **1. Bezwzględnie wymagane:**

- 1) dyplom;
- 2) prawo wykonywania zawodu;
- 3) dyplom specjalizacji;
- 4) wpis do ewidencji działalności gospodarczej (wydruk ze strony Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) potwierdzający prowadzenie działalności zgodnej z przedmiotem zamówienia);
- 5) wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 6) aktualne zaświadczenie o ukończonym kursie BHP;
- 7) aktualne zaświadczenie lekarza medycyny pracy o zdolności do pracy w zawodzie.

### **2. Wymagane z zastrzeżeniem:**

- 1) polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej\*  
\* w przypadku braku posiadania ważnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, Oferent zobowiązany jest do złożenia oświadczenia, iż zawrze ją oraz przedłoży Udzielającemu zamówienia najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszego postępowania.

### **3. Dodatkowo, w przypadku ich posiadania:**

- 1) karta szkolenia specjalizacyjnego (w przypadku odbywania specjalizacji)
- 2) certyfikaty potwierdzające dodatkowe umiejętności medyczne.

## **OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się i akceptuje treść ogłoszenia o niniejszym konkursie oraz Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert
2. zapoznał się z warunkami konkursu ofert z treścią ogłoszenia konkursu ofert i nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz posiada niezbędne informacje do przygotowania oferty,
3. dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
4. posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zadania oraz dysponuje niezbędną wiedzą i doświadczeniem,
5. nie zachodzi wobec niego przeszkoda do zawarcia umowy, o której mowa w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008.164.1027 z późn.zm.),
6. spełnia inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;
7. zapoznał się z wzorem umowy i nie wnosi do niej uwag.

\_\_\_\_\_  
pieczętka i podpis oferenta