

Wałbrzych dnia .....

Załącznik nr 3 do Zarządzenia  
p. o. Dyrektora Specjalistycznego Szpitala  
im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu  
nr 192/2024 z dnia 09.12.2024 r.

Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego  
ul. Sokołowskiego 4,  
58-309 Wałbrzych

## O F E R T A

### na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych

Nawiązując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, polegających na wykonywaniu usług medycznych w zakresie **wykonywania badań przesiewowych w ramach Profilaktycznego Programu Zdrowotnego - realizacja programu badań przesiewowych raka jelita grubego realizowanego w Szpitalu w okresie od dnia 01.01.2025 r. do dnia 31.12.2025 r.** w ramach umowy cywilnoprawnej (kontrakt) składam ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Zawód .....

Nr prawa wykonywania zawodu .....

Specjalizacja w zakresie (stopień) .....

Numer dokumentu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty .....

Numer wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich prowadzonego przez Okręgową Radę Lekarską .....

NIP ..... REGON .....

Nr telefonu ..... adres e-mail .....

Adres zamieszkania .....

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) .....

Zarejestrowany adres Podmiotu Leczniczego .....

**Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań przesiewowych w ramach Profilaktycznego Programu Zdrowotnego - realizacja programu badań przesiewowych raka jelita grubego realizowanego w Szpitalu w okresie od dnia 01.01.2025 r. do dnia 31.12.2025 r.**

### OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, SWKO oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Specjalistycznym Szpitalu im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem będzie udzielać co najmniej w wymiarze czasowym wskazanym w ofercie.
4. Zamawiającemu będzie przysługiwało prawo zwiększenia ilości godzin świadczenia usług przez Oferenta o maksymalnie 10% liczby godzin wskazanej w ofercie, a Oferent będzie związany decyzją Zamawiającego w tym zakresie.

5. Jeżeli po stronie Zamawiającego zaistnieje konieczność zwiększenia liczby godzin, ponad ilość, o której mowa w pkt. 4 powyżej, Zamawiający oraz Oferent dokonają odpowiednich uzgodnień w tym przedmiocie.
6. Prowadzi indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską jest podmiotem leczniczym\*(niepotrzebne skreślić) i posiada wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez ORL zgodnie z danymi wymienionymi na wstępie niniejszej oferty.
7. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
8. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości ..... (potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia dokumentu stanowi załącznik do oferty).
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami złożonymi wraz z ofertą.

10. Proponowany harmonogram pracy:

Dzień	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota
Godziny w ramach NFZ						

11. Proponowane wynagrodzenie za jedno badanie:.....  
(słownie):.....

**Oferent oświadcza także, że:**

- bezwarunkowo akceptuje wzór umowy i w przypadku przyjęcia oferty przez Udzielającego zamówienia, zobowiązuje się do podpisania umowy o treści jak w załączniku do Zarządzenia numer **192/2024 z dnia 09.12.2024 r.**,
- prowadzona indywidualna, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska nie jest w stanie upadłości,
- jest/nie jest płatnikiem podatku VAT,
- akceptuje warunki płatności,
- utrzyma cenę ofertową przez okres obowiązywania umowy,
- zapoznał się ze standardami ISO 9001:2015 dotyczącymi przedmiotu konkursu ofert i zobowiązuje się do realizowania umowy z zachowaniem tych standardów;
- utrzyma wysokość ubezpieczenia (polisa OC) przez cały okres trwania umowy.

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. Poświadczony **aktualny** wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej CEIDG.
2. Poświadczona kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez ORL.
3. Potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów dotyczących wykonywania zawodu medycznego tj.:
  - dyplom ukończenia studiów medycznych;
  - prawo wykonywania zawodu (wszystkie zapisane strony);
  - dyplom uzyskania tytułu/tytułów specjalisty;
  - certyfikaty i uprawnienia związane z zakresem świadczeń zdrowotnych;
  - inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe.
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
5. Potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy najpóźniej w dniu podpisania umowy.
6. **Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego, obowiązek wynikający z art. 21 ust. 3**

.....  
(pieczęćka i podpis Oferenta)