FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert DWOMP.IV.42.55.2026 na wykonywanie świadczeń zdrowotnych lekarza POZ przez lekarza specjalistę medycyny rodzinnej / chorób wewnętrznych / medycyny ogólnej dla pacjentów DWOMP Oddział – Centrum Medyczne Joannitów wraz z powierzeniem funkcji kierownika Poradni składam niniejszą ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych:

DANE OFERENTA:

.....

.....
(nazwa oferenta – zgodnie z rejestrem, dokładny adres siedziby podmiotu leczniczego)

Numer NIP (jeżeli dotyczy) .....
Numer REGON (jeżeli dotyczy) .....
Numer PESEL (bezwzględnie) .....
Wpis do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk prowadzony przez Okręgową Radę Lekarską .....
Prawo wykonywania zawodu .....
Numer telefonu z nr kierunkowym .....
Adres e-mail .....

1. Oferowana tygodniowo maksymalna liczba godzin realizacji zamówienia (badań): .....

2. Oferowana cena jednostkowa:

   za 1 godzinę realizacji zamówienia (badań):
   ..... zł/h (słownie: .....)

Kwota wskazanego wynagrodzenia jest kwotą całkowitą i obejmuje wszelkie koszty jakie poniesie Udzielający Zamówienie, tj. ewentualne koszty ZUS, składki zdrowotnej i innych obowiązujących składników ponoszonych przez Udzielającego Zamówienie z urzędu lub na wniosek.

3. Płatność za realizację zamówienia dokonywana będzie w formie przelewu na r-k bankowy:

   .....
   (nazwa banku i nr r-ku)

   w terminie określonym umową od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury / rachunku.

4. Doświadczenie – liczba lat pracy jako lekarz POZ.....

5. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.

6. Oświadczam, że nie ciąży na mnie wyrok Sądów Karnych/Sądów Dyscyplinarnych, nie toczy się

przeciwko mnie postępowanie karne/dyscyplinarne.

7. Oświadczam, że nie jestem karany za przestępstwa na tle seksualnym.

8. Oświadczam, że posiadam kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonania zamówienia zgodnie z wymogami NFZ.

9. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia stosownie do obowiązujących w tym zakresie przepisów.

10. Oświadczam, że jestem zobowiązany ofertą przez okres 30 dni od dnia otwarcia ofert.

11. Oświadczamy, że w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.

12. Do niniejszej oferty załączam wymagane w SWKO dokumenty i oświadczenia, jako załączniki:

a) .....

b) .....

c) .....

d) .....

e) .....

....

data

.....

podpis i pieczęć Oferenta