



ROK ZAŁ. 1964

Załącznik Nr 1 do SWKO

.....
Pieczętka Oferenta

Rz.P. I. 3311/10/2023/

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie okulistycznych konsultacji profilaktycznych na rzecz pacjentów WOMP CP-L w Lublinie Filia Nr

1*/Oddział w Chełmie*(zakreślić właściwe)

Kod zamówienia: 8512100 – usługi medyczne

I. Dane Oferenta

A. Podmiot Leczniczy

1. Pełna nazwa i adres podmiotu leczniczego

.....
Tel:..... .fax:.....

2. NIP.....REGON:

3. Nr wpisu do rejestru podmiotu leczniczego

4. Nr KRS

B. Oferta indywidualna – praktyka zawodowa

1. Imię i Nazwisko

2. Adres i telefon

3. E-mail

4. Pesel

5. NIP

6. Regon

7. Nr prawa wykonywania zawodu

8. Specjalizacja (nazwa, stopień, data uzyskania)

9. Staż pracy lekarskiej w danej dziedzinie

II. Zakres świadczeń:

- 1. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie okulistycznych konsultacji profilaktycznych na rzecz pacjentów WOMP CP-L w Lublinie Filia Nr 1*/ Oddział w Chełmie*(zakreślić właściwe) w okresie od 02.01.2024r. do 31.12.2026r Zgodnie z podanymi niżej godzinami pracy**

Filia Nr 1* (uzupełnić właściwie)

Poniedziałek		Wtorek		Środa		Czwartek		Piątek	

Oddział Chełm* (uzupełnić właściwie)

Poniedziałek		Wtorek		Środa		Czwartek		Piątek	

- Oferuję wykonanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów WOMP CP-L w Lublinie Filia Nr1*/Oddział w Chełmie* (zakreślić właściwie), zgodnie ze wskazaną poniżej ceną.
- Świadczeń zdrowotnych udzielię zgodnie z wymogami Umowy, której wzór stanowi Zał. Nr 2 do SWKO i do której treści nie wnoszę zastrzeżeń.

Udzielanie świadczeń będzie realizowane na bazie nieodpłatnie udostępnionych pomieszczeń, sprzętu, aparatury i zaplecza diagnostycznego WOMP CP-L w Lublinie.

Oświadczam, że świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami NFZ, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p/poż, BHP, Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszenia warunków zawartej umowy.

III. Oferta cenowa

Za realizację świadczeń oferuję cenę :

Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Cena
Za okulistyczną konsultację profilaktyczną	

IV. Oświadczenie Oferenta

Oświadczam, że pracuję w

.....(podać gdzie)

Na podstawie umowy o pracę* , umowy cywilno-prawnej*

W dniach i godzinach:

.....(podać)

.....

.....

.....

Wynagrodzenie ze stosunku pracy lub umowy zlecenia brutto wynosi:

co najmniej minimalne wynagrodzenie obowiązujące w 2023 r* / mniej niż minimalne*

V. Załączniki do oferty

- aktualny wpis do właściwego rejestru podmiotów leczniczych (jeżeli dotyczy),
- aktualny wydruk z ewidencji działalności gospodarczej/ aktualny wydruk z KRS (jeżeli dotyczy)
- zaświadczenie o nadaniu numeru REGON
- zaświadczenie o nadaniu numeru NIP
- oświadczenie o nie zaleganiu z opłacaniem podatków
- oświadczenie o niekaralności
- dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje i umiejętności
- prawo wykonywania zawodu
- dyplom lekarza specjalisty
- krótki przebieg pracy zawodowej
- proponowany harmonogram pracy Oferenta
- zgoda Oferenta na przetwarzanie danych osobowych
- formularz ofertowy – Zał. nr 1
- oświadczenie Oferenta – Zał. Nr 3
- podpisana klauzula informacyjna – Zał. Nr 4

*niepotrzebne skreślić

Data i podpis Oferenta