



Załącznik Nr 1 do SWKO

Pieczętka Oferenta

Rz.P. I. 3311/8/2023

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie medycyny pracy na rzecz pacjentów WOMP CP-L w Lublinie Filia Nr 1.

Kod zamówienia: 85121000 – 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 wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

8. Nr praktyki wykonywania zawodu

9. Nr indywidualnej praktyki zawodowej

10. Specjalizacja (nazwa, stopień, data uzyskania)

11. Staż pracy lekarskiej w danej dziedzinie

II. Zakres świadczeń:

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny pracy na rzecz pacjentów WOMP CP-L w Lublinie Filia Nr 1 w okresie od 13.10.2023r. do 31.10.2026 r. wg. harmonogramu

Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	piątek

1. 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	Cena jednostkowa brutto PLN	Cena słownie
Cena za badanie ucznia/studenta		
Cena za badanie pracownika		
Cena za badanie pracownika wymagające dodatkowych uprawnień od lekarza (np. do badania kierowcy transportu drogowego, nurka, marynarza, do broni)		

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 2022 r* / mniej niż minimalne*

Załączniki do oferty

- aktualny wpis do właściwego rejestru podmiotów leczniczych (jeżeli dotyczy),
- aktualny wpis do ewidencji działalności gospodarczej/ aktualny wydruk z KRS
- 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