



Załącznik Nr 1 do SWKO

.....
Pieczętka Oferenta

OPIPZ.V.520.8.2024

FORMULARZ OFERTOWY

**na udzielenie zamówienia na udzielenie świadczeń zdrowotnych
w zakresie medycyny pracy na rzecz pacjentów WOMP CP-L w Lublinie Filia Nr 1.
Kod zamówienia: 85143000-3- usługi ambulatoryjne.**

I. Dane Oferenta

A. Podmiot Leczniczy*

1. Pełna nazwa i adres podmiotu leczniczego

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

2. NIP.....REGON:

3. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

.....

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:

- Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny pracy na rzecz pacjentów WOMP CP-L w Lublinie Filia Nr 1 w okresie od 1.07.2024 r. do 31.10.2026 r.**
- 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, 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 :

	cena jednostkowa brutto PLN
Cena za badanie ucznia/studenta	
Cena za badanie pracownika	
Cena za badanie pracownika wymagające dodatkowych uprawnień od lekarza (np. do badania kierowców)	

IV. Oświadczenie Oferenta

Oświadczam, że pracuję/nie pracuję*

na podstawie umowy o pracę

Wynagrodzenie ze stosunku pracy brutto wynosi co najmniej minimalne wynagrodzenie obowiązujące w 2024 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,
- dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje i umiejętności,
- prawo wykonywania zawodu,
- dyplom lekarza specjalisty,
- krótki przebieg pracy zawodowej,
- proponowany harmonogram pracy Oferenta,
- formularz ofertowy – Zał. nr 1,
- oświadczenie Oferenta – Zał. Nr 3
- podpisana klauzula informacyjna – Zał. Nr 4

*niepotrzebne skreślić

Data i podpis Oferenta