



Załącznik Nr 1 do SWKO

.....  
Pieczętka Oferenta

**OPIPZ.V.520.1.2024**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na udzielenie zamówienia na udzielenie świadczeń zdrowotnych  
w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie ginekologii 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:**

1. **Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach ambulatoryjnej opieki  
specjalistycznej w zakresie ginekologii na rzecz pacjentów WOMP CP-L w Lublinie  
Filia Nr 1 w okresie od 1.03.2024 r. do 30.06.2024 r.**

2. **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 :

	cena jednostkowa brutto PLN	Cena słownie
Cena za jeden punkt świadczeń realizowanych na rzecz NFZ		

Maksymalna oczekiwana cena jednostkowa brutto za punkt przez Udzielającego Zamówienia wynosi 0,76 zł.

### 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 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,
- zaświadczenie o nadaniu numeru REGON,
- zaświadczenie o nadaniu numeru NIP,
- 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