



Załącznik Nr 1 do SWKO

Pieczętka Oferenta

OPIPZ.V.520.1.2025

FORMULARZ OFERTOWY

**na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
w zakresie medycyny pracy na rzecz pacjentów WOMP CP-L w Lublinie
Kod zamówienia: 85121000-3 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 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 zakresie medycyny pracy na rzecz pacjentów WOMP CP-L w Lublinie w okresie od 5.05.2025 r. do 5.05.2028 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, 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

L.p.			
1	Cena	Cena zł brutto	Słownie
a)	stawka za badanie profilaktyczne pracownika, badanie komercyjne do celów sanitarno-epidemiologicznych, badanie komercyjne kierowców do wydziału komunikacji, badanie komercyjne do izb lekarskich i pielęgniarских		
b)	stawka za badanie ucznia/studenta		
c)	stawka za badanie pracownika wymagające dodatkowych uprawnień od lekarza, tj.: marynarza, osoby ubiegającej się lub posiadającej broń, nurka		
d)	stawka za badanie odwoławcze dot. osoby ubiegającej się lub posiadającej broń		
e)	stawka za poradę w ramach pierwszej pomocy, za badanie kwalifikacyjne do szczepień pracowników oraz za dodatkowe orzeczenie/zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych, do wydziału komunikacji i dla osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności - wydane przy badaniach profilaktycznych		
f)	stawka za godzinę za udział w komisji bezpieczeństwa i higieny pracy działającej na terenie zakładu pracy		
2	Jakość świadczeń	Zaznaczyć właściwe symbolem „X”	
a)	specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny pracy oraz uprawnienia do przeprowadzania badań marynarzy, osób ubiegających się lub posiadających broń, nurka		
b)	specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny pracy oraz posiadający co najmniej 2- uprawnienia wymienione wyżej		
c)	specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny pracy lub specjalizacja I stopnia w dziedzinie medycyny pracy oraz		

	posiadający co najmniej 1 uprawnienie wymienione wyżej	
3	Dostępność świadczeń	Zaznaczyć właściwe symbolem „X”
a)	udzielanie świadczeń przez 5 dni w tygodniu w ilości minimum 4 godziny dziennie	
b)	udzielanie świadczeń przez 3 dni w tygodniu w ilości minimum 4 godziny dziennie	
c)	udzielanie świadczeń przez < 3 dni w tygodniu w ilości minimum 3 godziny dziennie	
d)	dodatkowe udzielanie świadczeń przez minimum 2 dni w tygodniu w godz. 15:00 - 17:00	
4	Ciągłość świadczeń	Zaznaczyć właściwe symbolem „X”
a)	Co najmniej 5-letnie doświadczenie zawodowe w zakresie objętym postępowaniem konkursowym	
b)	Mniejsze niż 5-letnie doświadczenie zawodowe w zakresie objętym postępowaniem konkursowym	

W ramach realizacji przedmiotu zamówienia Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do prowadzenia czynnego poradnictwa w stosunku do chorych na choroby zawodowe lub inne choroby związane z wykonaną pracą (opieka dyspanseryjna) w ramach otrzymywanego wynagrodzenia.

Maksymalna oczekiwana cena jednostkowa przez Udzielającego Zamówienia określona jest w pkt V SWKO.

Oświadczenie Oferenta

Oświadczam, że pracuję/nie pracuję*

na podstawie umowy o pracę

Wynagrodzenie ze stosunku pracy brutto wynosi co najmniej minimalne wynagrodzenie obowiązujące w 2025 r.* / mniej niż minimalne*

IV. Załączniki do oferty

- 1) aktualny wpis do właściwego rejestru podmiotów leczniczych (jeżeli dotyczy),
- 2) aktualny wydruk z ewidencji działalności gospodarczej/aktualny wydruk z KRS,
- 3) dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje i umiejętności, tj.:
 - dyplom ukończenia uczelni medycznej,
 - prawo wykonywania zawodu lekarza,
 - potwierdzenie posiadania uprawnień do przeprowadzania badań profilaktycznych, o którym mowa w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 607, ze zm.).

- zaświadczenie potwierdzające posiadanie uprawnień do przeprowadzania badań lekarskich kierowców i osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami (jeśli dotyczy),
 - zaświadczenie potwierdzające wpis do rejestru lekarzy upoważnionych do przeprowadzania badań lekarskich i wydawania orzeczeń lekarskich osób ubiegających się lub posiadających pozwolenie na broń (jeśli dotyczy),
 - zaświadczenie o ukończeniu szkolenia dotyczącego ochrony przed narażeniem na promieniowanie jonizujące (jeśli dotyczy),
 - potwierdzenie posiadania uprawnienia do przeprowadzania badań profilaktycznych marynarzy (jeżeli dotyczy),
- 4) krótki przebieg pracy zawodowej,
 - 5) zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w Rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189 a i 207 Kodeksu karnego, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem składania ofert lub oświadczenie o złożeniu wniosku do sądu. W przypadku złożenia oświadczenia z KRK należy dostarczyć najpóźniej w dniu podpisania umowy.
 - 6) proponowany harmonogram pracy Oferenta,
 - 7) formularz ofertowy – Zał. nr 1,
 - 8) oświadczenie Oferenta – Zał. Nr 3
 - 9) podpisana klauzula informacyjna – Zał. Nr 4

*niepotrzebne skreślić

.....

data i podpis Oferenta