

### FORMULARZ OFERTOWY

**Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów  
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wieluniu  
w:  
Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii + Pion Anestezjologiczny**

|                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dane oferenta:</b>                                                                 |
| <b>Imię i nazwisko oferenta:</b><br>.....                                             |
| <b>Nazwa oferenta zgodnie z danymi rejestrowymi</b><br>.....                          |
| <b>Adres siedziby firmy:</b>                                                          |
| ULICA I NUMER LOKALU: .....                                                           |
| KOD POCZTOWY: .....                                                                   |
| MIEJSCOWOŚĆ: .....                                                                    |
| NUMER TELEFONU: .....                                                                 |
| NIP: .....                                                                            |
| REGON: .....                                                                          |
| PESEL: .....                                                                          |
| IMIONA RODZICÓW: .....                                                                |
| NAZWISKO RODOWE: .....                                                                |
| <b>Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres siedziby firmy):</b> |
| ULICA I NUMER LOKALU: .....                                                           |
| KOD POCZTOWY: .....                                                                   |
| MIEJSCOWOŚĆ: .....                                                                    |

- I.** Proponowana kwota należności za realizację zamówienia: .....
- II.** Proponowana liczba godzin: .....
- III.** Kwalifikacje zawodowe Oferenta:
- a) W trakcie szkolenia bez specjalizacji ..... ☐
- b) Specjalizacja I stopnia w dziedzinie: ..... ☐
- c) Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: ..... ☐
- IV.** Doświadczenie w pracy/udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym złożoną Ofertą:
- a) Do 5 lat ☐

b) 5-10 lat ☐

c) Powyżej 10 lat ☐

V. Oświadczam, że przez okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie oferty udzielałam/-em świadczenia zdrowotne w zakresie tożsamym ze składaną ofertą.

TAK ☐ NIE ☐

VI. Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na czas określony w SWKO.

**Oświadczam, że do niniejszej oferty załączam (zaznaczyć):**

- oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, umowy oraz szczegółowymi warunkami ofert na formularzu stanowiącym **załącznik nr 1** do niniejszych warunków,
- aktualny wypis z właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego, w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do KRS, a dla podmiotów nie podlegających wpisowi KRS – aktualny wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej,
- aktualną polisę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności zgodnie z Rozporządzeniem Ministra finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą Dz. U. Z 2025 r. poz. 272) lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu jej najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
- dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe poświadczone za zgodność z oryginałem: dyplom ukończenia studiów, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji w danej dziedzinie, , zaświadczenie o odbytych kursach i szkoleniach, certyfikaty,
- orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia wystawionego przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych,
- zaświadczenia z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii Dz. U. Z 2022 poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego przed zawarciem umowy,
- zaświadczenie o odbytym szkoleniu okresowym bhp,
- pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta,
- inne, (jakie?).....  
.....  
.....

**Będąc świadomym konsekwencji wynikającym z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym**

---

**data, podpis i pieczęć Oferenta**