

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie zabezpieczenia procedur medycznych
polegających na kwalifikowaniu i wykonywaniu zabiegów koronarografii i koronaroplastyki
u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca
oraz implantacji elektrod do czasowej stymulacji (ze wskazań nagłych i zabiegów planowych
przesuniętych) w Pracowni Hemodynamiki Oddziału Kardiologii Inwazyjnej
SPZZOZ Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli

I. Dane o Oferencie:

Imię i Nazwisko/ Nazwa Oferenta

PESEL:

Firma

przedsiębiorcy:

Adres miejsca wykonywania działalności

Nr książki rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność
lecniczącą:

Nr telefonu:

NIP:

REGON:

Załączniki do oferty:

1. kserokopia dyplomu oraz innych dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje, potwierdzone "za zgodność z oryginałem",
2. kserokopia prawa wykonywania zawodu, potwierdzona "za zgodność z oryginałem",
3. kserokopia wpisu do rejestru praktyk lekarskich, potwierdzona "za zgodność z oryginałem",
4. wydruk z CEIDG o prowadzonej działalności gospodarczej,
5. kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej, potwierdzona "za zgodność z oryginałem" (dołączyć do dnia zawarcia umowy)*)
6. wydruk Księgi Rejestrowej potwierdzony "za zgodność z oryginałem",
7. oświadczenie oferenta,

- II. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam*) się z treścią Ogłoszenia oraz Warunkami udzielania świadczeń zdrowotnych w Pracowni Hemodynamiki Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli, w dni powszednie, soboty, niedziele i święta w godzinach _____ w dni powszednie, _____ w soboty, niedziele i święta.

.....
data, podpis i pieczęć Oferenta

III. Oświadczam, że umowę ubezpieczenia zgodnie z art., 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025, poz. 450 z późn. zm.) zawarłem/zawrę*) dnia

.....
data, podpis i pieczęć Oferenta

IV. Oświadczam, że osoby skierowane do udzielania świadczeń objętych konkursem ofert nie będą: zawieszone w prawie wykonywania zawodu, ograniczone w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie obowiązujących przepisów o zawodach medycznych, ani też ukarane karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu, pozbawione możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu ani też zawieszone w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

.....
data, podpis i pieczęć Oferenta

V. Proponowana kwota należności brutto miesięcznie za realizację zamówienia:

.....
.....
.....
.....

VI. Określenie jakich świadczeń zdrowotnych dotyczy oferta:

Świadczenia zdrowotne udzielane będą pacjentom Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w godzinach w dni powszednie oraz w soboty, niedziele i święta – zgodnie z zasadami wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki i technika elektroradiologii, aktualnym stanem wiedzy medycznej, ogólnie przyjętymi zasadami etyki i należytą starannością, przy wykorzystaniu sprzętu, aparatury i innych środków Zamawiającego, niezbędnych do udzielania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym.

VII. Proponowany czas trwania umowy:

.....

.....
data , podpis i pieczęć Oferenta

Decyzja o przyjęciu lub odrzuceniu oferty

Oferta została przyjęta / odrzucona *) .

Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na czas

tj. od dnia roku do dnia.....
roku .

Oferta została odrzucona z powodu:.....

.....

.....

.....

.....
data i podpis Przewodniczącego Komisji Konkursowej

*) niepotrzebne skreślić

