*Załącznik nr 1 do SWKO*

STRONA TYTUŁOWA OFERTY

O F E R T A

Postępowanie: udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza medycyny pracy

Oferent: .............................................………………………………………………………

 *(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)*

……………………………………………………………………………....…………………..

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

…………………………….

 Miejscowość, data

 ………………………….

 *podpis i pieczątka oferenta)*

*Załącznik nr 2 do SWKO*

FORMULARZ OFERTY Oświadczenia/zobowiązania oferenta

Przystępując do konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych: - *przez lekarza medycyny pracy* ogłoszonego przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno -Lecznicze w Łodzi z siedzibą przy ul. Aleksandrowskiej 61/63, 91-205 Łódź:

1. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.
2. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
3. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty jakie Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie ponieść w związku ze zleconym wykonaniem przedmiotu zamówienia.
4. Oświadczam, że:
5. zapoznałem się z treścią ogłoszenia i dokumentacją konkursową (SWKO wraz ze wszystkimi załącznikami i projektem umowy wraz ze wszystkimi załącznikami ) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
6. otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
7. wyrażam, zgodę na przetwarzanie danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu lekarza i specjalizacji wyłącznie do celów realizacji tej umowy.

5. **Zobowiązuję się przed podpisaniem umowy przedłożyć:**

**a)** Oferent będący obywatelem RP: **zaświadczenie o niekaralności 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 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego** .

**b)** oświadczenie o państwie lub państwach, w których zamieszkiwał w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa\*,

**c)** oraz jednocześnie z oświadczeniem z lit. b) informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.\*\*

**d)** dodatkowo ,Oferent nie będący obywatelem RP, informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.

\* Oświadczenie składane jest pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

\*\*Jeżeli prawo tych państw nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, przedkłada się informację z rejestru karnego tego państwa.

W przypadku gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona powyższa informacja nie przewiduje jej sporządzenia lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego, składa się oświadczenie o tym fakcie wraz z oświadczeniem\*, że Przyjmujący zamówienie nie był prawomocnie skazany w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym 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 oraz nie wydano wobec niego innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuścił się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

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

 *( podpis i pieczątka oferenta)*

…………………………….

 Miejscowość, data

 *Załącznik nr 3 do SWKO*

FORMULARZ CENOWY

………………………………………

………………………………………

………………………………………

 (wpisać nazwę i adres oferenta)

Oferta cenowa w konkursie ofert w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza medycyny pracy.

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Leczniczym w Łodzi, ul. Aleksandrowska 61/63, 91-205 Łódź w w/w zakresie.

 w cenie …………......……………………...zł (słownie: ….......................................……………………………………………..……….... zł) za jedno badanie/jedną godzinę \* .

 ………………………….

 ………………..

Miejscowość, data Podpis i pieczątka oferenta

*\* nepotrzebne skreślić*

*Załącznik nr 4 do SWKO*

……………………………..

 Miejscowość, data

Postępowanie: Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych :

 **w zakresie lekarza medycyny pracy**

Dane osoby/pełnomocnika/przedstawiciela ubiegającej się o świadczenie usług zdrowotnych

* + 1. Imię i nazwisko -……………………....................................………………………..….;
		2. Adres zameldowania - …………………………....................................………………..;
		3. Adres dla korespondencji: ……………………...................................………………….;
		4. Pełna nazwa firmy, pod którą oferent prowadzi działalność gospodarczą:
		5. ………………..................................................................................................................

 ………………………………………………………………………………….………..;

* + 1. Adres wykonywania działalności gospodarczej - ……….................................................

.......................................................................................................................................;

* + 1. Telefon - ………………………………e-mail....................……..……….……..............;
		2. Posiadane uprawnienia - ………………………………..................................................

 specjalizacja -.....................................…………………………………….......................

* + 1. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu; ……………………………..…

 wydanego przez: ……………………………………………………………………..…;

* + 1. REGON - ………….......................................…………………………….................….;
		2. NIP - …………………………………………….......................................................….;
		3. PESEL - ………………………………………….......................................................…;
		4. Numer wpisu do rejestru praktyk lekarski……….……………………………………….

 wydany przez Okręgową Izbę Lekarską /Wojskową Radę Lekarską w ……………………..……........................................................................................................

 ………………………….

 *(Podpis i pieczątka oferenta)*