

STRONA TYTUŁOWA OFERTY

O F E R T A

Postępowanie na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu dermatologii, realizowanych w ramach:

- umowy zawartej przez Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia,
  - Poradni Medycyny Pracy
  - Przychodni Konsultacyjno – Diagnostycznej
  - programów zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych
- w placówkach funkcjonujących w ramach działalności Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Leczniczego w Łodzi.

Oferent: .....

*(pełna nazwa Oferenta zgodna z treścią danych zawartych w CEIDG lub KRS)*

.....  
.....

.....  
Miejscowość, data

.....  
*(podpis i pieczęć Oferenta)*

## FORMULARZ OFERTY Oświadczenia/zobowiązania Oferenta

Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu dermatologii, realizowanych w ramach:

- umowy zawartej przez Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- Poradni Medycyny Pracy
- Przychodni Konsultacyjno – Diagnostycznej
- programów zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych  
- w placówkach funkcjonujących w ramach działalności Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Leczniczego w Łodzi.

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 wiedzy 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:
  - a) zapoznałem się z treścią ogłoszenia i dokumentacją konkursową (SWKO wraz ze wszystkimi załącznikami i projektem umowy) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
  - b) otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
  - c) wyrażam, zgodę na przetwarzanie danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu lekarza i specjalizacji wyłącznie do celów postępowania konkursowego i realizacji umowy.

5. **Wraz z ofertą przedkładam:**

- 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. 1939.), 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) Oferent nie będący obywatelem RP, dodatkowo informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi\*.

\*jeżeli dotyczy

\*\* 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 pieczętka Oferenta)*

.....

Miejscowość, data

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

(wpisać nazwę i adres Oferenta)

#### Oferta cenowa

w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu dermatologii, realizowanych w ramach:

- umowy zawartej przez Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia,
  - Poradni Medycyny Pracy
  - Przychodni Konsultacyjno – Diagnostycznej
  - programów zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych
- w placówkach funkcjonujących w ramach działalności Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Leczniczego w Łodzi.

Oświadczam, że zobowiązuję 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, za wynagrodzeniem wynoszącym:

- .....% kwoty stanowiącej wartość wykonanych przeze mnie procedur (w przypadku świadczeń udzielanych w ramach umów zawartych przez Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia, w tym ponadlimitowych),
- ..... zł (słownie ..... złotych) za jedną konsultację dermatologiczną udzielaną w Poradni medycyny pracy,
- ..... zł (słownie ..... złotych) za jedną konsultację dermatologiczną udzielaną w Przychodni Konsultacyjno – Diagnostycznej.
- .....zł (słownie.....złotych) za jedną konsultację dermatologiczną realizowaną w ramach programów zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Deklaruję gotowość do realizacji średnio ..... punktów rozliczeniowych w miesiącu oraz średnio ..... konsultacji w miesiącu.

.....

Miejscowość, data

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

.....  
Miejscowość, data

Postępowanie: udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu dermatologii, realizowanych w ramach:

- umowy zawartej przez Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- Poradni Medycyny Pracy
- Przychodni Konsultacyjno – Diagnostycznej
- programów zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych
  - w placówkach funkcjonujących w ramach działalności Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Leczniczego w Łodzi.

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

- a) Imię i nazwisko -.....;
- b) Adres zameldowania - .....
- c) Adres dla korespondencji: .....
- d) Pełna nazwa firmy, pod którą oferent prowadzi działalność gospodarczą:
- e) .....
- f) Adres wykonywania działalności gospodarczej - .....
- g) Telefon - ..... e-mail.....;
- h) Posiadane uprawnienia - .....  
specjalizacja -.....
- i) Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu; .....  
wydanego przez: .....
- j) REGON - .....
- k) NIP - .....
- l) PESEL - .....
- m) Numer wpisu do rejestru praktyk lekarski.....  
wydany przez Okręgową Izbę Lekarską /Wojskową Radę Lekarską w

.....  
(Podpis i pieczęć Oferenta)