

## FORMULARZ OFERTOWY

**udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym dyżurów medycznych przez techników elektroradiologii w zakresie diagnostyki obrazowej w Dziale Diagnostyki Obrazowej w SPZOZ MSWiA w Lublinie i Przychodni MSWiA w Lublinie.**

### I. Informacje ogólne

<b>1. Dane Oferenta</b>	
Imię i Nazwisko	
Pesel	
Wykształcenie	
Nazwa ukończonej szkoły	
Zawód	
Kursy	
Staż pracy w zawodzie	
Dodatkowe kwalifikacje	
<b>2. Dane dotyczące prowadzonej działalności gospodarczej</b>	
Nazwa Oferenta (według wpisu do właściwego rejestru)	
Adres siedziby prowadzonej działalności	
Forma prowadzonej działalności	
NIP	
REGON	

<b>3. Dane kontaktowe</b>	
Adres zamieszkania	
Adres do korespondencji	
Nr telefonu	
Email	

## II. Propozycja ofertowo-cenowa:

1. Za realizację zamówienia proponuję stawkę wynagrodzenia w wysokości ..... zł (słownie: ..... ) brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń w Pracowni RTG w Szpitalu lub Przychodni;
2. Za realizację zamówienia proponuję stawkę wynagrodzenia w wysokości ..... zł (słownie: ..... ) brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń w Pracowni TK,
3. Za realizację zamówienia proponuję stawkę wynagrodzenia w wysokości ..... zł (słownie: ..... ) brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń w Pracowni MR;
4. Za realizację zamówienia proponuję stawkę wynagrodzenia w wysokości ..... zł (słownie: ..... ) brutto za 1 godzinę dyżuru
5. Za realizację zamówienia proponuję stawkę wynagrodzenia w wysokości .../... stawki brutto wynagrodzenia godzinowego w przypadku braku możliwości wykonywania świadczeń z powodu awarii sprzętu medycznego. (wynagrodzenie postojowe).
6. Oferowana miesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych..... .

## III. Oświadczenia Oferenta

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, „Szczegółowymi Materiałami Informacyjnymi do Konkursu Ofert”.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem Konkursu Ofert i projektem umowy i nie wnoszę do niej zastrzeżeń. Zobowiązuję się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach w miejscu i czasie określonym przez Udzielającego zamówienia.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych uczestników Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowiącą Załącznik Nr 3.
4. Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanych świadczeń zdrowotnych.
5. Oświadczam, że uzyskałem/łam wpis do Centralnej Ewidencji o Działalności Gospodarczej.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie, bądź uprzednio złożone dokumenty będące w posiadaniu Udzielającego zamówienia są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób ciągły, zabezpieczający niezakłóconą pracę zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienia w dniach i godzinach ustalonych w harmonogramie udzielania świadczeń.

8. Oświadczam, iż będę związany ofertą przez 30 dni od daty zakończenia terminu składania ofert.
9. Oświadczam, że dostarczę zaświadczenie o zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez Poradnię Badań Profilaktycznych, najpóźniej w dniu zawarcia umowy\*.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczętka, podpis Oferenta)

#### **IV. Załączniki**

##### **Do oferty załączam następujące dokumenty:**

1. Aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
2. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
3. Kserokopię dyplomu ukończenia szkoły potwierdzającej uzyskanie odpowiedniego wykształcenia medycznego;
4. Kserokopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje, kursy, inne świadectwa umiejętności ( wskazać jakie):
  - 1) Ochrona radiologiczna pacjenta
  - 2) .....
  - 3) .....
5. Kserokopię umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
6. Zaświadczenie lekarskie o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych wydane przez Poradnię Badań Profilaktycznych lub oświadczenie o dostarczeniu należy przedłożyć najpóźniej w dniu zawarcia umowy;
7. Podpisaną i uzupełnioną Klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych kandydatów na stanowisko objęte postępowaniem konkursowym stanowiącą Załącznik Nr 3.
8. Zaświadczenie o szkoleniu w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta.

*\* jeżeli dane ujęte w księdze ulegną zmianie w trakcie obowiązywania umowy Oferent zobowiązany jest do niezwłocznego dostarczenia jej wydruku po aktualizacji danych przez Okręgową Izbę Lekarską,*

W przypadku przedłożenia kopii dokumentów Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo zażądania do wglądu oryginału tych dokumentów.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczętka, podpis Oferenta)

