

.....dnia.....

.....
pieczęć firmowa Oferenta z adresem

FORMULARZ OFERTY

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę medycyny pracy uprawnionego do przeprowadzania badań lekarskich:

- a) o których mowa w art. 75 ustawy z dnia 05 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz.U. z 2021 r., poz. 1212 ze zm.),
- b) pracownikom wykonującym prace w klimacie tropikalnym (§ 7 ust. 4 Rozporządzenia MZiOS z dnia 30 maja 1996 r. ws. przeprowadzania badań lekarskich pracownikom, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy, Dz. U. z 2016 r., poz. 2067 ze zm.),
- c) pracownikom narażonym na promieniowanie jonizujące (§ 7 ust. 3 Rozporządzenia MZiOS z dnia 30 maja 1996 r. ws. przeprowadzania badań lekarskich pracownikom, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy, Dz. U. z 2016 r., poz. 2067 ze zm.),
- d) osobom występującym o wydanie pozwolenia na broń lub zgłaszającym do rejestru broni pneumatycznej oraz posiadającym pozwolenie na broń (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 sierpnia 2019 r. ws. badań lekarskich i psychologicznych osób występujących o wydanie pozwolenia na broń lub zgłaszających do rejestru broni pneumatycznej oraz posiadających pozwolenie na broń lub zarejestrowaną broń pneumatyczną (Dz. U. z 2019 r. poz. 1562 ze zm.),

w Oddziale MWOMP w Radomiu.

1. Dane o Oferencie:
(wypełnić **a, b, c lub d**)

a) dotyczy Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

Nazwa zakładu

Siedziba zakładu

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
.....

Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego

Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta

Telefon

Fax

.....
(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)

b) dotyczy przedsiębiorcy posiadającego status osoby prawnej

Nazwa zakładu

Siedziba zakładu

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego

Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta

Telefon Fax

c) dotyczy przedsiębiorcy niebędącego osobą prawną

Nazwa zakładu

Siedziba zakładu

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

*Nazwa podmiotu posiadającego osobowość prawną, który utworzył podmiot leczniczy i adres jego siedziby oraz numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego

*lub nazwa innego podmiotu (wraz z ich adresem lub siedzibą), który utworzył podmiot leczniczy – w przypadku, gdy jest nim osoba fizyczna lub osoby fizyczne działające w formie spółki cywilnej oraz status wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej

Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta

Telefon Fax

* wypełnić właściwie

d) indywidualna lub grupowa praktyka lekarska

Imię i nazwisko oferenta (oferentów)

Adres oferenta (oferentów) oraz adres gabinetu

.....
(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)



Telefon Fax

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską

Status wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

Numer prawa wykonywania zawodu

2. Oświadczenia Oferenta:

- 2.1 Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia Mazowieckiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w sprawie konkursu ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych dla MWOMP w Płocku Oddział w Radomiu.
- 2.2 Oświadczam, że wyrażam zgodę na związanie ofertą przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- 2.3 Oświadczam, że zapoznałem się z istotnymi postanowieniami umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń, a w przypadku wyboru mojej oferty podpiszę umowę na warunkach określonych w istotnych postanowieniach umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego po otrzymaniu pisma akceptującego o wyborze.
- 2.4 Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy do celów przeprowadzenia konkursu ofert i realizacji umowy w przypadku wyboru mojej oferty.

Uwaga!

Oferenci składający oferty muszą mieć zawarte umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Do oferty należy dołączyć kopie umów ubezpieczeniowych.

OFERTA CENOWA LEKARZA SPECJALISTY MEDYCYNY PRACY

uprawniony do przeprowadzania badań lekarskich wymienionych w ofercie dla MWOMP Oddział w Radomiu

1. Oferuję wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza specjalisty medycyny pracy uprawnionego do przeprowadzania badań lekarskich wymienionych w ofercie dla MWOMP Oddział w Radomiu za ryczałtową stawkę miesięczną w wysokości:brutto (słownie złotych:).
2. Oświadczam, że podana w ofercie ryczałtowa stawka miesięczna nie ulegnie zmianie w okresie trwania umowy.

.....
(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)

skor. 15 ↓ ✱ = Alan

3. Wskazanie kwalifikacji zawodowych osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych:

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

4. Miejsce, dni i godziny udzielania świadczeń: Oddział MWOMP w Radomiu, ul. Rodziny Winczewskich 5, 4 razy w tygodniu przez 7 godzin w dniach i godzinach (z wyłączeniem sobót, niedziel, świąt i dni wolnych od pracy dla pracowników MWOMP w Płocku) w godzinach pracy Ośrodka (7²⁵-18).

5. Proponowany czas trwania umowy od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2023 r.

Załącznikami do niniejszej Oferty są:

Kserokopie dokumentów poświadczające zgodność z oryginałem potwierdzające:

- dane Oferenta wypełnione w punkcie 1 (a, b, c lub d) zgodne z otrzymanymi wytycznymi w sprawie sporządzenia oferty w konkursie ofert prowadzonym przez MWOMP na udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne;
- zawarcie umowy odpowiedzialności cywilnej oferenta;
- kwalifikacje i uprawnienia lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych (dyplom lekarza, specjalizacja, prawo wykonywania zawodu lekarza, zaświadczenie o wpisie do rejestru lekarzy uprawnionych do wykonywania badań profilaktycznych, zaświadczenie o wpisie do ewidencji lekarzy uprawnionych do badań kierowców, zaświadczenie o wpisie do rejestru lekarzy uprawnionych do przeprowadzania badań osobom posiadającym pozwolenie na broń, zaświadczenia dot. uprawnień do badania osób pracujących w tropikach oraz narażonych na promieniowanie jonizujące i inne).

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

.....
(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)