

....., dnia .....

.....  
pieczęć firmowa Oferenta z adresem

## FORMULARZ OFERTY

**Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę medycyny pracy w Poradni Medycyny Pracy, Poradni dla Kierowców i Poradni Konsultacyjnej Medycyny Pracy w zakresie lekarza specjalisty medycyny pracy uprawnionego do przeprowadzania badań lekarskich, o których mowa w art. 75 ustawy z dnia 05 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (tj. Dz. U. z 2021 r., poz. 1212 ze zm.) w siedzibie MWOMP w Płocku.**

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 .....

### **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 .....

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

Handwritten signature in blue ink, followed by a blue circular stamp containing the text "A. GONIA" and some illegible markings.

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 .....

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 siedzibie w Płocku.

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

- 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.

**OFERTA CENOWA – LEKARZ SPECJALISTA MEDYCYNY PRACY  
uprawniony do przeprowadzania badań lekarskich, o których mowa w art.  
75 ustawy z dnia 05 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami  
(Dz.U. z 2021 r., poz. 1212 tj. ze zm.);  
dla MWOMP w Płocku.**

1. Oferuję wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza specjalisty medycyny pracy uprawnionego do przeprowadzania ww. badań lekarskich dla MWOMP w Płocku za ryczałtową stawkę miesięczną w wysokości: ..... zł brutto (słownie złotych: .....).
2. Oświadczam, że podana w ofercie miesięczna stawka ryczałtowa nie ulegnie zmianie w okresie trwania umowy.
3. Wskazanie kwalifikacji zawodowych osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych:  
.....  
.....  
.....  
.....
4. Miejsce, dni i godziny udzielania świadczeń: siedziba MWOMP w Płocku, ul. Kolegialna 17, 5 razy w tygodniu w dniach ..... (z wyłączeniem sobót, niedziel, świąt i dni wolnych od pracy dla pracowników MWOMP) przez 7 godzin, dziennie w godzinach pracy Ośrodka (7.25-18.00) w godz. ....
5. Proponowany czas trwania umowy od dnia 01 października 2022 r. do dnia 30 września 2025 r.

Załącznikami do niniejszej Oferty są:

Kserokopie dokumentów poświadczające zgodność z oryginałem potwierdzające:

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



- 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, o których mowa w art. 75 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami, oświadczenie o nie skazaniu prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych lub przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów i inne).

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

du   A. Górska

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