

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

.....  
pieczęć firmowa Oferenta z adresem

## FORMULARZ OFERTY

**Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza okulistę w zakresie badań diagnostycznych i kompleksowych konsultacji okulistycznych w Mazowieckim Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy SPZOZ z siedzibą 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 .....

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 właściwe

#### **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.
- 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 LEKARZA OKULISTY dla MWOMP**

1. Oferuję wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza okulisty dla MWOMP za jednostkową stawkę kwocie:
  - a. .... zł (słownie: ..... ) – za każde badanie podstawowe,
  - b. .... zł (słownie: ..... ) – za każde badanie z rozszerzeniem źrenic i oceną dna oka,
  - c. .... zł (słownie: ..... ) – OCT i USG gałki ocznej,
  - d. .... zł (słownie: ..... ) – badanie kompleksowe,
  - e. .... zł (słownie: ..... ) – za każde badanie podstawowe,
2. Oświadczam, że podane w ofercie stawki nie ulegną zmianie w okresie trwania umowy.
3. Wskazanie kwalifikacji zawodowych osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych:  
.....  
.....  
.....
4. Miejsce, dni i godziny udzielania świadczeń: świadczenia zdrowotne będą wykonywane w ..... w terminach uzgodnionych pomiędzy Zleceniodawcą i Zleceniobiorcą.
5. Proponowany czas trwania umowy od dnia 01 marca 2025 r. do dnia 29 lutego 2028 r.

Załącznikami do niniejszej Oferty są:

Kserokopie dokumentów poświadczające za 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;
- Kwalifikacje i uprawnienia lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych (dyplom, lekarza, specjalizacja, prawo wykonywania zawodu lekarza i inne).

1. ....
2. ....

3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....