

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

.....  
pieczęć firmowa Oferenta z adresem

## FORMULARZ OFERTY

**Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę medycyny pracy w Poradni Medycyny Pracy 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 .....

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  
lecniczy – 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 w siedzibie w Płocku.
- 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 SPECJALISTY MEDYCYNY PRACY**  
**na wykonywanie świadczeń zdrowotnych**  
**dla MWOMP w Poradni Medycyny Pracy w siedzibie w Płocku.**

1. Oferuję wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza specjalisty medycyny pracy dla MWOMP w Płocku za jednostkową stawkę godzinową w wysokości: .....brutto (słownie złotych: ..... ) za 1 godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych.
2. Oświadczam, że podana w ofercie jednostkowa stawka godzinowa nie ulegnie zmianie w okresie trwania umowy.
3. Wskazanie kwalifikacji zawodowych osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych:  
.....  
.....  
.....  
.....
4. Miejsce, dzień i godziny udzielania świadczeń: siedziba MWOMP w Płocku, ul. Kolegialna 17, 1 raz w tygodniu przez 7 godzin w godzinach pracy MWOMP w Płocku (7<sup>00</sup>-18), w terminie ustalonym każdorazowo ze Zleceniodawcą.
5. Proponowany czas trwania umowy od dnia 01 lipca 2026 r. do dnia 30 czerwca 2029 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 i inne).

1. ....
2. ....
3. ....

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