.....,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 2025 r., poz. 1226 ze zm.),

b) 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 2023 r., poz. 607 ze zm.),

c) osobom występującym o wydanie pozwolenia na broń lub zgłaszającym do rejestru broń pneumatyczną 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 broń pneumatyczną oraz posiadających pozwolenie na broń lub zarejestrowaną broń pneumatyczną (Dz. U. z 2021 r. poz. 2178 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 .....

b) dotyczy przedsiębiorcy posiadającego status osoby prawnej

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

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 .....

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

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, ze 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.
3. Wskazanie kwalifikacji zawodowych osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych: .....

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

……

. ……

……

4. Miejsce, dni i godziny udzielania świadczeń: Oddział MWOMP w Radomiu, ul. Rodziny Winczewskich 5, 2 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 (7^{00}-18.00).
5. Proponowany czas trwania umowy od dnia 1 stycznia 2027 r. do dnia 31 grudnia 2029 r.

Załącznikami do niniejszej Oferty są:

Kserokopie dokumentów poświadczone 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;
- zawarcie umowy odpowiedzialności cywilnej oferenta;
- kwalifikacje i uprawnienia lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych (dyplom lekarza, specjalizacja, prawo wykonywania zawodu lekarza, 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, zaświadczenie dot. uprawnień do badania osób narażonych na promieniowanie jonizujące, zaświadczenie o wpisie do rejestru lekarzy uprawnionych do wykonywania badań profilaktycznych i inne).

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

……

(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)