

Konin, dnia .....

**Wojewódzki Szpital Zespolony im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie**  
**ul. Szpitalna 45**  
**62-504 Konin**

**OFERTA**

o udzielanie lekarskich specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii w Oddziale Kardiologicznym i Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie.

1. Imię i nazwisko, miejsce zamieszkania

.....  
.....

2. Nazwa firmy, Oferenta, adres

.....  
.....

3. Nr telefonu kontaktowego ..... adres e-mail .....

4. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

.....

5. Organ dokonujący wpisu .....

6. Numer Regon .....

7. Numer NIP .....

8. Posiadam specjalizacje II stopnia lub tytuły specjalisty w zakresie

.....

9. Numer prawa wykonywania zawodu .....

10. Posiadam umiejętność samodzielnego wykonywania zabiegów koronarografii i koronaroplastyki  
w ostrych zespołach wieńcowych TAK/NIE\*

11. Posiadam umiejętność implantowania kardiostymulatorów lub kardiowerterów/defibrylatorów  
TAK/NIE\*

12. Proponowana wysokość stawki określonej w procencie od kwoty przeznaczonej na funkcjonowanie  
o. Kardiologicznego z wyłączeniem Pracowni Hemodynamiki stanowiącym sumę wynagrodzenia  
całego zespołu lekarskiego w oparciu o umowy cywilnoprawne zabezpieczające przedmiot konkursu  
.....

13. Oświadczam, że na dzień składania oferty wykonuję świadczenia lekarskie w zakresie objętym  
konkuresem na rzecz pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie TAK/NIE\*

14. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu .....

.....  
(podpis)

**Załączniki:**

- 1/ kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – zał. nr 1,
- 2/ kopia wpisu do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej – zał. nr 2,
- 3/ kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanej specjalizacji, dyplomy, certyfikaty, dowody na umiejętności – zał. nr 3a, 3b, itd.,
- 4/ kopia Polisy OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy – zał. nr 4,
- 5/ aktualne zaświadczenie lekarskie o zdolności do realizacji przedmiotu umowy lub oświadczenie o przedłożeniu takiego zaświadczenia – zał. nr 5,
- 6/ przebieg dotychczasowej pracy zawodowej lub życiorys – zał. nr 6,
- 7/ zaświadczenie o szkoleniu bhp lub oświadczenie oferenta - zał. nr 7.

W przypadku gdy oferent nie przedstawi wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

W przypadku konieczności kontaktu komisji konkursowej w sprawach dotyczących niniejszego konkursu wyrażam zgodę na przesyłanie przez komisję konkursową korespondencji w formie cyfrowej na adres poczty e-mail podanej powyżej w ofercie.

Podpis oferenta dotyczący zgody na korespondencję cyfrową

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, iż zapoznałem się z dokumentacją konkursową tj.:
  - treścią ogłoszenia,
  - materiałami informacyjnymi,
  - regulaminem konkursu,
  - projektem umowy,i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
3. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będę wykonywać w siedzibie Udzielającego Zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu Zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia.
4. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej i zobowiązuję się do jej przedłożenia w związku z udzielaniem świadczeń medycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy (nie dotyczy w przypadku przedłożenia kopii aktualnej polisy jako załącznika do oferty).
5. Oświadczam, że zobowiązuję się do przedłożenia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o zdolności do realizacji przedmiotu umowy w zakresie objętym konkursem najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy (nie dotyczy w przypadku przedłożenia kopii aktualnego zaświadczenia jako załącznika do oferty).
6. Oświadczam, że zobowiązuję się (w przypadku przyjęcia mojej oferty) do podpisania umowy na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
7. Wyrażam zgodę na wprowadzenie moich danych osobowych do bazy danych Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Koninie i przetwarzanie ich dla potrzeb własnych podmiotu, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz.883).
8. Wyrażam zgodę na doręczanie oświadczeń i zawiadomień za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, bez zachowania wymogów dotyczących podpisu elektronicznego w rozumieniu art. 3 pkt 10 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE (Dz.Urz. UE L 257 z 28.08.2014, str. 73) oraz zobowiązuję się niezwłocznie potwierdzić doręczenie pisma na wskazany przeze mnie adres, jednak nie później niż do końca dnia roboczego następującego po dniu, w którym przekazano oświadczenie lub zawiadomienie.

.....  
Podpis oferenta

