



SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY  
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W ŁĘBORKU



ISO 22000



ISO 14001



ISO 45001



ISO/IEC 27001



CERTYFIKAT 2023/54



e-mail: [sekretariat@szpital-lebork.com.pl](mailto:sekretariat@szpital-lebork.com.pl), [www.szpital-lebork.com.pl](http://www.szpital-lebork.com.pl)

84-300 ŁĘBORK, UL. JULIANA WĘGRZYNOWICZA 13, TEL. 59 86 35 202, FAX 59 86 33 173, DYREKCJA TEL. 59 8635 325

## FORMULARZ OFERTOWY (Chirurgia Ogólna)

### I. DANE OFERENTA:

|                                             |  |
|---------------------------------------------|--|
| Nazwa praktyki (firma)                      |  |
| Imię i nazwisko osoby reprezentującej firmę |  |
| Adres                                       |  |
| Nr wpisu do rejestru                        |  |
| Telefon                                     |  |
| E-mail                                      |  |

### II. KWALIFIKACJE OFERENTA

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Nr dyplomu                         |  |
| Nr prawa wykonywania zawodu        |  |
| Specjalizacja (dziedzina, stopień) |  |

### III. DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE OFERENTA

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Staż w zawodzie (w latach) |  |
|----------------------------|--|

### IV. DOSTĘPNOŚĆ (miejsce / godziny / harmonogram)

|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Deklarowane miejsce udzielania świadczeń                            | <b>Oddział Chirurgiczny Ogólny /<br/>Poradnia Chirurgiczna Ogólna</b>                                                                                                                                                                                    |
| Deklarowana liczba godzin udzielania świadczeń w miesiącu (Oddział) |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Deklarowana liczba godzin udzielania świadczeń (Poradnia)           | Poniedziałek od godziny ..... do godziny .....<br>Wtorek        od godziny ..... do godziny .....<br>Środa        od godziny ..... do godziny .....<br>Czwartek     od godziny ..... do godziny .....<br>Piątek        od godziny ..... do godziny ..... |

### V. STAWKA PROPONOWANA PRZEZ OFERENTA

|                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|
| Propozycja stawki wynagrodzenia za udzielanie świadczeń (Oddział)  |  |
| Propozycja stawki wynagrodzenia za udzielanie świadczeń (Poradnia) |  |

## VI. WARUNKI WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ

Warunki użytkowania pomieszczeń, używania przy wykonywaniu świadczeń sprzętu i aparatury medycznej, leków, środków transportu oraz przechowywania dokumentacji medycznej określone zostaną w umowie zawartej pomiędzy Stronami.

## VII. WYMAGANE DOKUMENTY

Oferent przedkłada w załączeniu następujące dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz dane identyfikacyjne (w kserokopiach, oryginały do wglądu po przyjęciu oferty):

### 1. Bezwzględnie wymagane:

- 1) dyplom;
- 2) prawo wykonywania zawodu;
- 3) dyplom specjalizacji;
- 4) wpis do ewidencji działalności gospodarczej (wydruk ze strony Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) potwierdzający prowadzenie działalności zgodnej z przedmiotem zamówienia);
- 5) wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 6) aktualne zaświadczenie o ukończonym kursie BHP;
- 7) aktualne zaświadczenie lekarza medycyny pracy o zdolności do pracy w zawodzie oraz aktualne zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych;
- 8) zaświadczenie o niefigurowaniu w rejestrze karnym oraz rejestrze sprawców przestępstw seksualnych<sup>1</sup>.

### 2. Wymagane z zastrzeżeniem:

- 1) polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej  
\* w przypadku braku posiadania ważnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, Oferent zobowiązany jest do złożenia oświadczenia, iż zawrze ją oraz przedłoży Udzielającemu zamówienia najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszego postępowania.

### 3. Dodatkowo, w przypadku ich posiadania:

- 1) karta szkolenia specjalizacyjnego (w przypadku odbywania specjalizacji)
- 2) certyfikaty potwierdzające dodatkowe umiejętności medyczne.

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

*Oferent oświadcza, że:*

1. *zapoznał się i akceptuje treść ogłoszenia o niniejszym konkursie oraz Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert*
2. *zapoznał się z warunkami konkursu ofert z treścią ogłoszenia konkursu ofert i nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz posiada niezbędne informacje do przygotowania oferty,*
3. *dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;*
4. *posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zadania oraz dysponuje niezbędną wiedzą i doświadczeniem,*
5. *nie zachodzi wobec niego przeszkoda do zawarcia umowy, o której mowa w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008.164.1027 z późn.zm.),*
6. *spełnia inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;*
7. *zapoznał się z wzorem umowy i nie wnosi do niej uwag.*

\_\_\_\_\_  
pieczęć i podpis oferenta

1. Zobowiązuję się przed podpisaniem umowy przedłożyć:
  - a) Oferent będący obywatelem RP: zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego – **albo** Oferent nie będący obywatelem RP: zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego oraz ponadto informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.
  - b) oświadczenie o państwie lub państwach, w których zamieszkiwał w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa\*,
  - c) oraz jednocześnie z oświadczeniem z lit. b) informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.\*\*

\* Oświadczenie składane jest pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

\*\*Jeżeli prawo tych państw nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, przedkłada się informację z rejestru karnego tego państwa.

W przypadku gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona powyższa informacja nie przewiduje jej sporządzenia lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego, składa się oświadczenie o tym fakcie wraz z oświadczeniem<sup>1</sup>, że Przyjmujący zamówienie nie był prawomocnie skazany w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec niego innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuścił się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

---

<sup>1</sup> \* Oświadczenia składane są pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.