

**FORMULARZ OFERTOWY – KO/64/2024**

**„Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny pracy polegających na wykonywaniu badań profilaktycznych – wstępnych, okresowych i kontrolnych pracownikom Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie oraz pracownikom i studentom podmiotów zewnętrznych, z którymi Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie posiada zawarte umowy”**

**NAZWA OFERENTA**

.....

**ADRES:**

ulica ..... nr .....

Kod pocztowy : ..... Miejscowość: .....

Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

.....

Nr wpisu do rejestru:

.....

**NIP** .....

**PESEL** .....

**REGON** .....

**Nr konta bankowego** .....

**Telefon kontaktowy:** .....

**Adres e-mail:** .....@.....

1) Przystępując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie oferuję przyjęcie do wykonania zamówienia w zakresie objętym Regulaminem Konkursu Ofert.

2) Przedmiotem oferty jest udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny pracy, polegających na wykonywaniu badań

profilaktycznych i wydawaniu orzeczeń lekarskich oznaczonych przepisami Kodeksu Pracy jako badania wstępne, okresowe lub kontrolne.

**3) Oferowanie wynagrodzenie za wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny pracy wynosi:**

a) ..... **zł brutto** (słownie złotych: .....) za przeprowadzenie 1 badania profilaktycznego i wydanie orzeczenia lekarskiego oznaczonego przepisami Kodeksu Pracy, jako badanie wstępne, okresowe lub kontrolne dla studentów Uniwersytetu im. Jana Długosza w Częstochowie.

b) ..... **zł brutto** (słownie złotych: .....) za przeprowadzenie 1 badania profilaktycznego i wydanie orzeczenia lekarskiego oznaczonego przepisami Kodeksu Pracy, jako badanie wstępne, okresowe lub kontrolne dla pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP w Częstochowie oraz dla pracowników podmiotów zewnętrznych, z którymi Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP w Częstochowie posiada zawarte umowy.

**Oświadczenia:**

- 1) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny pracy polegających na wykonywaniu badań profilaktycznych – wstępnych, okresowych i kontrolnych dla pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie oraz dla pracowników podmiotów zewnętrznych, z którymi Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie posiada podpisane umowy, w tym dla studentów Uniwersytetu im. Jana Długosza, którą akceptuję.
- 2) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią „Regulaminu konkursu ofert”, która akceptuję.
- 3) Oświadczam, że uważam się związany/a niniejszą ofertą na czas wskazany w „Regulaminie Konkursu Ofert”, tj.: 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- 4) Oświadczam, że zawarte w regulaminie projekty umów zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umów na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez *Udzielającego Zamówienia*.
- 5) Oświadczam, że zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego,

**6)** Oświadczam, że będę wykorzystywał oprogramowanie i sprzęt komputerowy, zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego,

**Do oferty dołączam wymagane dokumenty, tj.:**

- a)** wydruk lub kopię z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej potwierdzający aktywny status wpisu prowadzonej działalności gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego wystawiony nie wcześniej niż 6-mcy przed terminem składania ofert ;
- b)** dokument potwierdzający wpis Oferenta do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: wydruk z Księgi Rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę lub Okręgową Izbę Lekarską z datą nie wcześniejszą niż 6 m-cy od daty terminu składania ofert;
- c)** kopię dyplomu lekarza;
- d)** kopię prawa wykonywania zawodu lekarza;
- e)** kopię dokumentów wskazujących na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji;
- f)** kopie dokumentów wskazujących na posiadane uprawnień do wykonywania lekarskich badań profilaktycznych, zgodnie z Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2023r., poz. 607) oraz Ustawy z dnia 27 czerwca 1997r. o służbie medycyny pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2022r., poz. 437);
- g)** kopię dokumentu wskazującego na posiadanie uprawnień do przeprowadzania badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców;
- h)** aktualne zaświadczenie lekarskie,
- i)** aktualne zaświadczenie o ukończeniu kursu BHP,
- j)** wykaz personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych, wg wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego;
- k)** oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego;
- l)** oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego, zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego;

1) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

Oświadczam i zobowiązuję się, że w przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne. W przypadku braku polisy OC na dzień składania ofert oświadczam, że będę posiadał/a aktualną polisę najpóźniej w dniu podpisania umowy.

..... dnia .....

/Miejscowość/

/data/

.....

/podpis i pieczętka Oferenta/

WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Załącznik nr 1 do Formularza Ofertowego

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Nr dyplomu	Data wydania dyplomu	Nr prawa wykonywania zawodu	Organ wydający prawo wykonywania zawodu i data wydania	Stopień specjalności i data uzyskania specjalności	Wymiar zatrudnienia w wymiarze tygodniowym i miesięcznym	Miejsce i okres zatrudnienia	Określenie grupy zawodowej	Wykształcenie* : 1) wyższe medyczne – tytuł magistra; 2) wyższe medyczne – tytuł licencjata; 3) wyższe; 4) średnie; 5) wyższe – tytuł magistra 6) wyższe – tytuł licencjata  *zaznaczyć prawidłowe	Kompetencje wraz z datą ich uzyskania/  Doświadczenie
1.												

Częstochowa, dnia .....

Pieczętka, Podpis Oferenta