_____, DNIA _____

Do:

Wielospecjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej „Bolesławiec - Zgorzelec”,
ul. gen. Romualda Traugutta 55, 50-416 Wrocław
NIP: 8993067225, REGON: 545592872, KRS: 0001262576
Forma prawna: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Nr w rej. RPWDL: 000000307710

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

I. DANE OFERENTA

1. _____
   IMIĘ/ IMIONA (JEŻELI MA ZASTOSOWANIE)*
2. _____
   NAZWISKO LUB NAZWA PODMIOTU LECZNICZEGO (ODPOWIEDNIO)*
3. _____
   FIRMA, POD KTÓRĄ PROWADZONA JEST PRAKTYKA LUB FORMA PRAWNA PODMIOTU LECZNICZEGO (ODPOWIEDNIO)*
4. _____
   ADRES ZAMIESZKANIA LUB SIEDZIBY (ODPOWIEDNIO)*
5. _____
   ADRES DO KORESPONDENCJI (JEŻELI JEST INNY NIŻ W PKT 4.)*
4. _____
   NR TELEFONU I ADRES E-MAIL
5. _____
   PESEL LUB NR KRS i WSKAZANIE SĄDU REJESTROWEGO (ODPOWIEDNIO)*
6. _____
   NIP

7. _____
DATA URODZENIA LUB DATA ZAŁOŻENIA (ODPOWIEDNIO)*

8. _____
DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE LUB OKRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ (ODPOWIEDNIO)*

9. _____
UZYSKANE SPECJALIZACJE (W PRZYPADKU PODMIOTU LECZNICZEGO ZATRUDNIAJĄCEGO PERSONEL MEDYCZNY – OSOBNA LISTA Z DANYMI: IMIĘ I NAZWISKO, PESEL, ADRES ZAMIESZKANIA/KORESPONDENCJI, NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU, SPECJALIZACJE, DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE)*

10. _____
NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU (W PRZYPADKU PODMIOTU LECZNICZEGO ZATRUDNIAJĄCEGO PERSONEL MEDYCZNY – OSOBNA LISTA Z DANYMI: IMIĘ I NAZWISKO, PESEL, ADRES ZAMIESZKANIA/KORESPONDENCJI, NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU, SPECJALIZACJE, DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE)*

11. _____
NR WPISU RPWDL (DOTYCZY PODMIOTÓW LECZNICZYCH)*

II. OŚWIADCZENIE OFERENTA:

1. OŚWIADCZAM W IMIENIU WŁASNYM / PODMIOTU LECZNICZEGO (* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ), ŻE ZAPOZNAŁAM/EM SIĘ Z:

A. TREŚCIĄ OGŁOSZENIA O KONKURSIE OFERT NA PRZYJĘCIE OBOWIĄZKU PEŁNIENIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH UMOWY CYWILNOPRAWNEJ,
B. PRZEPISAMI USTAWY Z DNIA 15 KWIETNIA 2011 R. O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ (TEKST JEDNOLITY DZ. U. Z 2026 R., POZ. 156 Z PÓŹN. ZM.)
C. REGULAMINEM PRZEPROWADZANIA KONKURSU OFERT,
D. ODPOWIEDNIM PROJEKTEM UMOWY O UDZIELANIE ZAMÓWIEŃ NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE,
E. KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ RODO,
F. ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ OKAZAĆ ORYGINAŁY DOKUMENTÓW ZAŁĄCZONYCH DO OFERTY NA KAŻDE WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO (WIELOSPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ „BOLESŁAWIEC - ZGORZELEC")

2. OŚWIADCZAM, ŻE POSIADAM / REPREZENTOWANY PRZEZE MNIE PODMIOT LECZNICZY POSIADA (* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ) UBEZPIECZENIE OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ W ZAKRESIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OBJĘTYCH UMOWĄ ORAZ ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO UTRZYMANIA JEJ WAŻNOŚCI PRZEZ CAŁY OKRES TRWANIA UMOWY (DOŁĄCZYĆ POTWIERDZONĄ KSEROKOPIĘ POLISY UBEZPIECZENIOWEJ).

3. INFORMUJĘ, ŻE WIELOSPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ „BOLESŁAWIEC – ZGORZELEC" BĘDZIE MOIM / REPREZENTOWANEGO PRZEZE MNIE PODMIOTU LECZNICZEGO (* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ) PODSTAWOWYM / DODATKOWYM (* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ) MIEJSCEM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ.

PODPIS: _____
OFERENTA / OSÓB REPREZENTUJĄCYCH PODMIOT LECZNICZY

III OFERTA SZCZEGÓŁOWA

W PRZYPADKU CHĘCI KONTYNUOWANIA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA RZECZ WIELOSPECJALISTYCZNEGO ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ „BOLESŁAWIEC – ZGORZELEC"
- TAK JAK W UMOWIE Z DNIA _____

LUB:

1.MIEJSCE WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA RZECZ WIELOSPECJALISTYCZNEGO ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ „BOLESŁAWIEC – ZGORZELEC"

W _____ (NAZWA KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ)

2. WARUNKI OFERTY UMOWY (MIESIĘCZNIE, DNI, GODZINY, DYŻURY, ITP.)

_____

3. OFEROWANA ZRYCZAŁTOWANA STAWKA/ STAWKA GODZINOWA / STAWKA ZA PROCEDURĘ (*NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ)

_____

4. OFEROWANY OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

5. UWAGI / INFORMACJE DODATKOWE (* JEŻELI MA ZASTOSOWANIE)

PODPIS: OFERENTA / OSÓB REPREZENTUJĄCYCH PODMIOT LECZNICZY