

## Formularz ofertowy

### na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu lekarz medycyny pracy, lekarz laryngolog, lekarz foniatra, lekarz psychiatra, w latach: 2023-2025

1. Niniejsza oferta dotyczy:

- lekarz medycyny pracy
- lekarz laryngolog
- lekarz foniatra
- lekarz psychiatra

2. Dane o ofercie:

- a) Nazwa / imię i nazwisko oferenta oraz adres zamieszkania, numer telefonu kontaktowego

.....  
.....  
.....

#### Oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia Podlaskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Białymstoku o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu lekarz medycyny pracy, lekarz laryngolog, lekarz foniatra, lekarz psychiatra w latach: 2023-2025 i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Oświadczam, iż posiadam odpowiednie uprawnienia i niezbędne kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym.
3. Oświadczam, iż spełniam warunki art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. 2022.633 j.t.).
4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na podpisanie umowy o treści określonej przez Zamawiającego (do wglądu w siedzibie PWOMP) z uwzględnieniem wykonania obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

**PODANIE DANYCH NIEZGODNYCH Z PRAWDĄ SKUTKUJE NATYCHMIASTOWYM  
ODRZUCENIEM PRZEDŁOŻONEJ OFERTY**

Załączniki do formularza ofertowego

- nazwa i siedziba oferenta,
- numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu w odniesieniu do osób o których mowa w art. 18 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej (wpis do OIL oraz do ewidencji działalności gospodarczej),
- odpis dyplomu,
- prawo wykonywania zawodu lekarza,
- dyplom specjalizacji,
- polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej,
- oświadczenie o niekaralności - załącznik nr 2
- proponowana cena za pacjenta .....
- staż pracy w zawodzie objętym postępowaniem konkursowym: .....

.....

miejsowość, data

.....

podpis oferenta

\*niepotrzebne skreślić