Załącznik nr 1 konkursu
Znak sprawy: A.I.4250.9.2026

FORMULARZ OFERTOWY

I. Oznaczenie Oferenta:

……..

Adres:

ul. .....

kod ..... miejscowość .....

Telefon: ....., adres e-mail…….

NIP..... REGON ..... PESEL: .....

Nr prawa wykonywania zawodu: ..... (dołączyć kserokopię)

Nr wpisu do właściwego rejestru: ..... (dołączyć kserokopię)

Nazwa organu, który dokonał wpisu: .....

II. Poniżej należy wpisać stawki brutto w polskich złotych.

za realizacje świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza specjalisty w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii:

Stawka……zł/h brutto (słownie……zł)

III. Oświadczam, iż:

1. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam …… letnie doświadczenie zawodowe w zakresie znieczuleń przy wykonywaniu zabiegów.
2. Posiadam tytuł naukowy – doktora nauk medycznych lub wyższy: **tak / nie** (*niepotrzebne skreślić)*
3. Zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem: tak **/ nie** (*niepotrzebne skreślić)*
4. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji umowy przez cały okres jej trwania: **tak / nie** (*niepotrzebne skreślić)*
5. Posiadam umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mi na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz w innych medycznych komórkach organizacyjnych w tym: Bloku Operacyjnym zgodnie z profilem udzielanych świadczeń w Szpitalu: **tak / nie** (*niepotrzebne skreślić)*

……. **……..**

data Podpis (imię i nazwisko) Oferenta

Załącznik nr 2 konkursu
Znak sprawy: A.I.4250.9.2026

Oświadczenie Oferenta

Niniejszym, oświadczam, że:

1) Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz projektem umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2) Oświadczam, iż jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi.
3) Oświadczam, iż posiadam niezbędne uprawnienia do wykonywania świadczenia, dysponuję niezbędną wiedzą, doświadczeniem oraz jestem zdolny do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych - zgodnie z warunkami konkursu oraz obowiązującymi przepisami.
4) Świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 k.k. (podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy) oświadczam, że nie byłem/am karany/a za przestępstwa popełnione umyślnie czy nieumyślnie i nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.
5) Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie z tytułu odpowiedzialności cywilnej, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
6) Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert.
7) Oświadczam, iż pozostaję w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia.
8) Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy.
9) Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.

....
data podpis (imię i nazwisko) Oferenta