

## FORMULARZ OFERTOWY

**przedmiot zamówienia – udzielenie świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii osadzonym Zakładu Karnego w Czerwonym Borze w 2022 r.**

1.....  
(imię i nazwisko)

2.....  
(adres)

3.....  
(NIP)

4.....  
(REGON)

5.....  
(numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

6. Posiadane kwalifikacje:

Nazwa i adres szkoły (uczelni)	Kierunek/specjalność	Uzyskany tytuł zawodowy lub naukowy, dodatkowo uzyskane uprawnienia	Data rozpoczęcia i ukończenia nauki

7. Zakład Karny w Czerwonym Borze zapewnia lokal (pomieszczenie ambulatorium Zakładu), aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki łączności niezbędne do prawidłowego

świadczenia usług medycznych z zakresu stomatologii osadzonym w tutejszej jednostce penitencjarnej.

8. Zobowiązuję się (przed podpisaniem umowy) do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w sposób gwarantujący ciągłość ubezpieczenia w okresie realizacji przedmiotowej umowy.

9. Proponowane wynagrodzenie *za realizację zamówienia* w zakresie opieki medycznej wynosi: .....zł brutto za jedną godzinę.

słownie:.....?’

Oświadczam, że zapewniam świadczenie usług medycznych osadzonym co najmniej jeden dzień w tygodniu przez 8 godzin oraz ewentualnie w innym dniu wskazanym przez Udzielającego zamówienia w przypadku konieczności zabezpieczenia opieki medycznej osadzonym.

10. Czas trwania umowy: **od dnia podpisania umowy do 31.12.2022 r.**, w tym możliwy najwcześniejszy termin rozpoczęcia udzielania zamówienia: .....(należy wskazać możliwą datę rozpoczęcia udzielania zamówienia).

11. Oświadczam, iż nie byłem/am karany/a za przestępstwo popełnione umyślnie oraz że korzystam z pełni praw publicznych.

12. Oświadczam, iż szczegółowo zapoznałem się z treścią ogłoszenia dotyczącego konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach specjalistycznej opieki dla osób osadzonych w Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Zakładzie Karnym w Czerwonym Borze przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, rozumiem warunki konkursu i nie wnoszę do niego uwag.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis oferenta)

**Załączniki do oferty** (należy złożyć kserokopie posiadanych dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem):

- 1) wpis do rejestru (ZOZ) podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- 2) **wypis z właściwego rejestru (KRS lub ewidencji działalności gospodarczej),**
- 3) wpis do rejestru prywatnych praktyk lekarskich,
- 4) nadanie numeru REGON
- 5) nadanie numeru NIP,
- 6) prawo wykonywania zawodu,
- 7) **dyplom specjalizacji**
- 8) **przebieg pracy zawodowej**
- 9) **polisa ubezpieczenia OC**
- 10) inne dokumenty wymagane do wykonywania zawodu medycznego.