

Warszawa, dnia.....

Państwowy Instytut Medyczny  
MSWiA  
ul. Wołoska 137  
02 – 507 Warszawa

**O F E R T A**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny pracy**

|                                                                                    |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nazwisko                                                                           |  |
| Imię                                                                               |  |
| PESEL                                                                              |  |
| Nr prawa wykonywania zawodu                                                        |  |
| Specjalizacja w dziedzinie (stopień)                                               |  |
| Nr dokumentu specjalizacji                                                         |  |
| Nr wpisu do rejestru praktyk wykonywanych w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego |  |
| NIP                                                                                |  |
| REGON                                                                              |  |
| Nr telefonu                                                                        |  |
| Adres e-mail                                                                       |  |
| Adres do korespondencji                                                            |  |

**Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny pracy w Poliklinice MSWiA w Radomiu zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, na zasadach określonych we wzorze umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.**

**OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz postanowieniami określonymi we wzorze umowy i je akceptuje.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie osobiście w siedzibie PIM MSWiA, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Dopuszcza na wniosek Udzielającego zamówienia, za zgodą obu stron, możliwość zmiany bądź rozszerzenia miejsca udzielania świadczeń oraz grupy świadczeniobiorców objętych umową.
4. Oświadcza, że spełnia warunki o których mowa w art. 18 ust. 1 pkt 1,2,4,5 ustawy z dnia 08 kwietnia 2015 r. o działalności leczniczej, a w przypadku wykonywania działalności leczniczej jako indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej również art. 18 ust 2 pkt 2 wyżej wymienionej ustawy.
5. Posiada aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza profilaktyka (Zobowiązuje się do przedłożenia kopii orzeczenia o stanie zdrowia na dzień podpisania umowy.)\*
6. Deklarowana liczba godzin wykonywanych w miesiącu: .....
7. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia: wysokość stawki w kwocie..... zł za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.

**WAŻNE!!!!** W związku z wejściem w życie w dniu 12.07.2019 r. niektórych zapisów ustawy z dnia 22 listopada 2018 r o dokumentach publicznych (Dz. U z 2019 r poz.53) a w szczególności zapisu art 2 ust 1 pkt 6 w związku z art. 58 tejże Ustawy wszystkie kserokopie dokumentów publicznych kategorii I do III określonych w art 5 ust 2 w/w

Ustawy i w rozporządzeniu RM w sprawie wykazu dokumentów publicznych (Dz.U z 2019 r. poz.1289) (w szczególności: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, dyplom pielęgniarki specjalisty, świadectwo dojrzałości, dyplom ukończenia studiów itp.) dołączane do ofert konkursowych nie mogą spełniać kryteriów repliki dokumentu publicznego tzn. muszą być kopiami wielkości **70%**.

**Osoby, które aktualnie posiadają zawarte umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w PIM MSWiA, zobowiązane są do załączenia do oferty jedynie brakujących lub nieaktualnych dokumentów, zgodnie z poniższym wykazem.**

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Wydruk wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – *zał. nr 1*
2. Wydruk wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) – *zał. nr 2*
3. Poświadczony kopie dokumentów: dyplom, prawo wykonywania zawodu, ukończone kursy –*zał. 3a, 3b, itd.*).
4. Poświadczona kopia dyplomu specjalizacji w zakresie medycyny pracy – *zał. nr 4*
5. Poświadczony 5- letnie doświadczenie w pracy w Poradni Medycyny Pracy- *zał. nr 5*
6. Aktualne zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego- *zał. nr 6*
7. Opisany przebieg pracy zawodowej z uwzględnieniem nazw klinik/oddziałów, ilości lat praktyki zawodowej oraz zakresu wykonywanych zadań (CV zawodowe) - *zał. nr 7*
8. Kserokopia orzeczenia o stanie zdrowia lekarza medycyny pracy wraz z badaniami sanitarno – epidemiologicznymi lub oświadczenie złożone o przedłożeniu orzeczenia – *zał. nr 8*
9. Kserokopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy – *zał. nr 9*
10. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta.

**W przypadku, kiedy po sprawdzeniu wcześniej złożonych dokumentów, stwierdzony zostanie brak któregoś z załączników i powstanie konieczność uzupełnienia powyższego wykazu dokumentów, po rozpoczęciu udzielania świadczeń, wyrażam zgodę na wstrzymanie wypłaty należnych mi środków z tytułu realizacji umowy, do czasu dostarczenia brakujących dokumentów Udzielającemu zamówienia.**

.....  
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty) \*-niepotrzebne skreślić