

.....  
(Pieczęć oferenta)

(miejsowość, dzień, miesiąc, rok)

## FORMULARZ OFERTY

na wykonywanie badań lekarskich na terenie powiatu łęczyckiego kandydatów do szkół ponadpodstawowychi ponadgimnazjalnych lub wyższych, uczniów tych szkół oraz studentów i uczestników studiów doktoranckich z terenu województwa łódzkiego, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia w stosunku do kandydatów, ubiegających się o przyjęcie do placówki dydaktycznej i posiadających skierowanie na badania wydane przez placówkę dydaktyczną

### **I. Dane oferenta:**

Imię i nazwisko lub pełna nazwa zakładu .....  
Dokładny adres .....  
Kod ..... tel. .... fax .....  
Adres e-mail .....  
NIP .....  
REGON .....  
Nazwa banku .....  
Numer konta .....  
Czy jednostka jest podatnikiem VAT .....

**Numer konta do przekazania zaliczki za miesiąc grudzień 2013 roku** .....

.....

#### **1. Osoba/osoby upoważnione do podpisania umowy.**

Nazwisko i imię .....

#### **2. Osoba upoważniona przez kierownika zakładu do reprezentacji oferenta.**

Nazwisko i imię .....

#### **3. Osoba do kontaktu w sprawach dotyczących realizacji/rozliczeń usług zdrowotnych.**

Nazwisko i imię .....

Bezpośredni numer telefonu .....

#### **4. Proponujemy następujący termin obowiązywania umowy ..... 2013 rok.**

### **II. Plan rzeczowo – finansowy.**

**1. Łączna ilość uczniów** .....

w tym :

1. uczniowie - badania wstępne .....

2. uczniowie - badania okresowe .....

**2. Cena badania jednego ucznia\*** ..... zł.

3. Łączna kwota oferty ..... zł.

4. Proszę podać średni koszt przebadania jednego ucznia ..... zł.,

w tym:

- Badanie lekarza uprawnionego do przeprowadzania badań profilaktycznych ..... zł.,
- Badanie lekarza konsultanta/specjalisty ..... zł.,
- Badania laboratoryjne ..... zł.,
- Inne badania ..... zł.

\*/ maksymalna kwota za badanie jednej osoby, bez względu na ilość wydanych skierowań nie może przekroczyć 71 zł.

**II. Opis warunków lokalowych pomieszczeń, w których będą realizowane usługi medyczne.**

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

**IV. Wykaz aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego do realizacji usług medycznych w zakresie medycyny pracy.**

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

**V. Wykaz imienny i kwalifikacje zawodowe personelu medycznego.**

Wykaz imienny lekarzy medycyny pracy uprawnionych do przeprowadzania badań profilaktycznych z zakresu medycyny pracy.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
**VI. Dostępność do usług medycznych.**

Podać dokładny adres udzielania usług i numer telefonu, umożliwiający kontakt pacjenta z placówką.

.....  
.....  
Podać dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń z zakresu medycyny pracy: badań uczniów

.....  
.....  
**VII. Oświadczenie o wpisach do rejestrów (właściwe proszę zaznaczyć) <sup>1</sup>:**

1. Oświadczam, że jako Oferent jestem:

podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,  
prowadzonego przez .....,  
pod numerem .....,  
praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,  
prowadzonego przez .....,  
pod numerem .....

2. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:

Krajowego Rejestru Sądowego  
pod numerem .....  
nie dotyczy

3. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej  
nie dotyczy

Dodatkowe informacje, tj: **imię i nazwisko, nr PESEL, adres zamieszkania, NIP, REGON** (dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą; wspólników spółek cywilnych) – proszę wymienić.

- 3.1. ....  
3.2. ....  
3.3. ....

---

<sup>1</sup> W odniesieniu do podmiotów, o których mowa w art. 4 ust. 1 oraz art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 ze zmianami).

**Jednocześnie oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszonego konkursu ofert dla powiatu łęczyckiego z uwagi na brak pełnego zabezpieczenia usług medycznych na realizację zadania z zakresu medycyny pracy na wykonywanie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych i ponadgimnazjalnych lub wyższych, uczniów tych szkół oraz studentów i uczestników studiów doktoranckich z terenu województwa łódzkiego, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia w stosunku do kandydatów, ubiegających się o przyjęcie do placówki dydaktycznej i posiadających skierowanie na badania wydane przez placówkę dydaktyczną.
2. Zabezpieczył pełen zakres usług medycznych wykonywanych w poszczególnych badaniach specjalistycznych i laboratoryjnych.
3. Posiada w strukturach zakładu Poradnię Medycyny Pracy.
4. Wszystkie informacje podane w Formularzu oferty oraz w załącznikach do oferty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

.....  
rok, miesiąc, dzień

.....  
Podpis i pieczęć osoby/osób  
upoważnionej/-ych do reprezentacji  
oferenta i składania oświadczeń woli

.....  
(Pieczęć oferenta)

.....  
(miejscowość, dzień, miesiąc, rok)

**Załącznik Nr 1.**  
**do Formularza oferty**

**Proszę załączyć:**

Kserokopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych,  bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenia, w przypadku gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie trwania umowy na realizację świadczeń objętych konkursem.

**Kserokopie dokumentów muszą zawierać na każdej stronie zapis – „potwierdzono za zgodność z oryginałem”, datę oraz czytelny podpis (lub podpis i imienna pieczętka) kierownika zakładu lub osoby przez niego upoważnionej do reprezentowania jednostki.**

**UWAGA: Oferty nie odpowiadające warunkom opisanym powyżej będą**  
**ODRZUCONE**

.....  
rok, miesiąc, dzień

.....  
Podpis i pieczętka osoby/osób  
upoważnionej/-ych do reprezentacji  
oferenta i składania oświadczeń woli

.....  
(Pieczęć oferenta)

.....  
(miejscowość, dzień, miesiąc, rok)

**Załącznik Nr 2.**  
**do Formularza oferty**

**Proszę załączyć:**

Kserokopię aktualnych dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe osób, które będą realizowały usługi zdrowotne z zakresu medycyny pracy, wymienionych w pkt V Formularza [potwierdzone przez organ prowadzący rejestr lekarzy (WOMPCP - L w Łodzi).

**Kserokopie dokumentów muszą zawierać na każdej stronie zapis – „potwierdzono za zgodność z oryginałem”, datę oraz czytelny podpis (lub podpis i imienna pieczęć) kierownika zakładu lub osoby przez niego upoważnionej do reprezentowania jednostki.**

**UWAGA: Oferty nie odpowiadające warunkom opisanym powyżej będą ODRZUCONE**

.....  
rok, miesiąc, dzień

.....  
Podpis i pieczęć osoby/osób  
upoważnionej/-ych do reprezentacji  
oferenta i składania oświadczeń woli

.....  
(Pieczęć oferenta)

.....  
(miejscowość, dzień, miesiąc, rok)

**Załącznik Nr 3.**  
**do Formularza oferty**

**Proszę załączyć:**

Kserokopię aktualnego odpisu *Rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Krajowy Rejestr Sądowy)*.

**Kserokopie aktualnych dokumentów muszą zawierać na każdej stronie zapis – „potwierdzono za zgodność z oryginałem”, datę oraz czytelny podpis (lub podpis i imienna pieczętka) kierownika zakładu lub osoby przez niego upoważnionej do reprezentowania jednostki.**

**UWAGA: Oferty nie odpowiadające warunkom opisanym powyżej będą**  
**ODRZUCONE**

.....  
rok, miesiąc, dzień

.....  
Podpis i pieczętka osoby/osób  
upoważnionej/-ych do reprezentacji  
oferenta i składania oświadczeń woli