

## FORMULARZ OFERTOWY

**na udzielanie świadczeń diagnostyki laboratoryjnego/ technika analityki medycznej\*  
w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym /MLD/ poza godzinami pracy MLD**

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia z dnia 14.03.2024 roku dotyczącego konkursu na udzielanie świadczeń diagnostyki laboratoryjnego/ technika analityki medycznej\* w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym /MLD/ poza godzinami pracy MLD oraz z Regulaminem udzielania zamówień na realizację świadczeń zdrowotnych.

....., dnia .....  
(miejsowość) (czytelny podpis)

.....  
(Pełna nazwa oferenta – zgodna z właściwym rejestrem)

.....  
(Adres prowadzenia działalności)

.....  
(Numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

.....  
(NIP, REGON, numer telefonu)

2. Usługi będę świadczył (a):

- a) w lokalu Udzielającego zamówienia, tj. Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Jerzego Pióro w Dobrym Mieście, ul. Grunwaldzka 10B.
- b) korzystając ze sprzętu i aparatury medycznej Udzielającego zamówienia w zakresie niezbędnym do świadczenia zamówionych usług medycznych.
- c) osobiście, posiadam ku temu niezbędne kwalifikacje zawodowe.

3. W załączeniu przedstawiam n/w dokumenty:

- a) kserokopię prawa wykonywania zawodu lub dyplom uzyskania kwalifikacji zawodowych,
- b) kserokopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (posiadane tytuły, stopnie naukowe, kursy, uprawnienia, certyfikaty) .....
- c) zaświadczenie lekarskie o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych;
- d) kserokopię decyzji o nadaniu numeru NIP;
- e) kserokopia wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej z numerem Regon;
- f) zaświadczenie o szkoleniu z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy w zakresie odpowiednim do rodzaju wykonywanych usług.

**Oświadczam\***, że w/w dokumenty zostały złożone do Udzielającego zamówienia w poprzednich postępowaniach konkursowych i zachowują swoją aktualność.



4. Proponuję:

..... zł brutto za jedną godzinę świadczenia usług diagnosty laboratoryjnego/ technika analityki medycznej\* po godzinach pracy MLD, w dniach i godzinach uzgadnianych miesięcznie między Udzielającym zamówienia i Przyjmującym zamówienie.

5. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej:

a) Dołączam\* kserokopię dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnej z art. 25 ust.1 pkt. 1) ustawy o działalności leczniczej, w okresie obowiązywania umowy.

b) Oświadczam\*, że w przypadku wyboru niniejszej oferty przedstawię polisę, o której mowa w pkt. a) do dnia 31.03.2024 roku.

Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania konkursowego zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781).

....., dnia.....  
(miejscowość)

.....  
(czytelny podpis)

\* niepotrzebne skreślić