

**Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.**

ul.Ks. Piotra Skargi 10, 05 – 600 Grójec

Tel. +48 48 664 91 00

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

Fax. +48 48 664 21 81

www.pcmg.pl

Załącznik nr 2  
do Ogłoszenia o konkursie ofert  
**Postępowanie: nr 10/K/2017**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w konkursie ofert na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
w zakresie:**

- udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowych godzin  
ordynacji oddziału i w ramach dyżuru medycznego w **Oddziale Chorób  
Wewnętrznych z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i Izby  
Przyjęć.**

w Powiatowym Centrum Medycznym w Grójcu Sp. z o. o.

I. Dane oferenta

1. Pełna nazwa i siedziba oferenta (adres) /imię i nazwisko oferenta

.....  
.....

2. Adres do korespondencji ( z kodem pocztowym)

.....

3. Nr telefonu kontaktowego/ adres/ e-mail

.....

4. Nr wpisu do właściwego rejestru indywidualnych/ specjalistycznych praktyk i organ dokonujący  
wpisu

.....

5. Nr REGON .....

6. Nr KRS .....

7. Nr NIP .....

8. Nr Pesel .....

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Piotra Skargi 10, 05-600 Grójec  
Wpisano do Krajowego Rejestru Sądowego XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego Sądu Rejonowego dla  
M St. Warszawy w Warszawie. Nr KRS: 0000351118, NIP 797- 201- 92- 61, REGON: 142203546



**Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.**

ul.Ks. Piotra Skargi 10, 05 – 600 Grójec

Tel. +48 48 664 91 00

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

Fax. +48 48 664 21 81

[www.pcmg.pl](http://www.pcmg.pl)

Załącznik nr 2  
do Ogłoszenia o konkursie ofert  
Postępowanie: nr 10/K/2017

**II. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych:**

.....  
.....

**III. Dodatkowe uprawnienia osób udzielających świadczeń zdrowotnych:**

.....  
.....

**IV. Maksymalna liczba godzin w miesiącu, przez którą Oferent może udzielać**

**świadczeń**.....

**V. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:**

- stawka brutto w zł za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowych godzin ordynacji oddziału..... słownie: ( ..... zł za 1 godzinę).
- stawka brutto w zł za 1 godzinę udzielania świadczeń w ramach dyżuru medycznego .....słownie (.....)

**VI. Staż pracy w zawodzie ..... lat**

**VII. Obecne miejsce zatrudnienia (podać formę zatrudnienia i nazwę zakładu)**

.....  
.....

**Oferent oświadcza, że:**

- 1) stan prawny i faktyczny stwierdzony w ofercie i załączonych do niej dokumentach jest aktualny na dzień składania ofert;
- 2) zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert poprzedzającym zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w PCMG Sp. z o.o.;
- 3) zapoznał się i nie zgłasza zastrzeżeń do Szczegółowych warunków konkursu ofert, którego przedmiotem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w PCMG Sp. z o.o.;
- 4) zapoznał się z projektem umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w PCMG Sp. z o.o.;
- 5) nie wnosi zastrzeżeń do jego treści i zobowiązuje się do zawarcia umowy na warunkach opisanych w projekcie;
- 6) zobowiązuje się przed zawarciem umowy do dostarczyć dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą rodzaju i zakresu świadczeń zdrowotnych objętych konkursem w PCMG Sp. z o.o.
- 7) dokumenty potwierdzające\*:

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Piotra Skargi 10, 05-600 Grójec  
Wpisano do Krajowego Rejestru Sądowego XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego Sądu Rejonowego dla M. St. Warszawy w Warszawie. Nr KRS: 0000351118, NIP 797-201-92-61, REGON: 142203546



**Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.**

ul.Ks. Piotra Skargi 10, 05 – 600 Grójec

Tel. +48 48 664 91 00

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

Fax. +48 48 664 21 81

www.pcmg.pl

*Załącznik nr 2  
do Ogłoszenia o konkursie ofert  
Postępowanie: nr 10/K/2017*

- a) dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego
- b) prawo wykonywania zawodu z oświadczeniem o braku ograniczeń
- c) dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku (specjalności)
- d) dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie będącej przedmiotem konkursu
- e) zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji lekarza
- f) dokumenty potwierdzające posiadanie innych kwalifikacji medycznych

inny dokument:

- 2. dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi,
  - 3. dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe:
  - 4. w przypadku zawodów regulowanych zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych/ specjalistycznych lub grupowych praktyk lekarskich właściwej Okręgowej Izby Lekarskiej potwierdzające kwalifikacje osób mających wykonywać świadczenia zdrowotne w zakresie zgodnym ze składaną ofertą,
  - 5. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej oraz numer NIP i REGON,
  - 6. zaświadczenie lekarskie dot. aktualnego stanu zdrowia,
  - 7. polisa OC wystawiona stosownie do obowiązujących przepisów, dołączona do oferty lub dostarczona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
  - 8. zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach związanych ze złożeniem oferty na udzielanie świadczeń,
  - 9. pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze *Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert*, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta.
- są w posiadaniu Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi PCMG Sp. z o.o., a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie.

Grójec, dnia ..... r.

.....  
podpis oferenta