



Załącznik nr 3 do Zarządzenia
Prezesa Zarządu PCZ nr 56/2026
z dnia 27.07.2026 r.

Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o. o.
ul. Batorego 44, 05 - 400 Otwock

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie zapewnienia nadzoru nad pracą psychoterapeutów
w Przychodni Rejonowej, ul. Mickiewicza 8, 05-400 Otwock w Powiatowym Centrum Zdrowia
Sp. z o. o.

Imię i nazwisko
PESEL
Zawód.....
Dane dotyczące kwalifikacji
Nr dokumentu potwierdzającego uzyskanie uprawnień
Data rozpoczęcia działalności wg. CEIDG.....
NIP:.....REGON:
Nr telefonuadres e-mail.....
Adres zamieszkania.....
Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....
.....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie zapewnienia nadzoru nad pracą psychoterapeutów w Przychodni Rejonowej, ul. Mickiewicza 8, 05-400 Otwock w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o. o. zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w Szczególnych 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, SWKO oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w miejscu wskazanym przez Udzielającego Zamówienia,
3. Prowadzi indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską / indywidualną praktykę lekarską wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzona przez ORL z danymi wymienionymi na wstępie niniejszej oferty.
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości.....
6. Oświadcza, iż Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Otwocku **nie rozwiązało** z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.



7. Deklaruje **liczbę godzin** wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu: minimum..... i maximum w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach: 07:00-19:00
8. Proponuje wysokość stawki w kwocie **zł. netto (równoważna z kwotą brutto)** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym.
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował w załączniku od nr 3a do nr
10. Oświadczam, iż posiada letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego Zamówienia dokumentów potwierdzających wskazana ilość lat ww. praktyki zawodowej.

ZAŁĄCZNIKI :

1. Poświadczenie aktualnych wydruków z CEIDG – zał. nr 1.
2. Poświadczona kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – zgodnie z ustawą o działalności leczniczej – prowadzonego przez ORL – zał. nr 2.
Kopie dokumentów dotyczących posiadanych kwalifikacji:
 - Dyplom ukończenia szkoły wyższej;
 - dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe – zał. nr 3a, 3b, itd.;
3. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – zał. nr 4.
4. Kserokopia polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu Polisy – zał. nr 5,

*** niepotrzebne skreślić**

Oświadczenie wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art.13 lub art. 14 RODO
Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art.14 RODO ¹ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu **

.....
(podpis i pieczęć oferenta)

¹ rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str1)

** W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art.14 ust.5 RODO treść oświadczenia nie składa (usunięcia treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

Prezes Zarządu
Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o. o.
ul. Batorego 44, 05-400 Otwock

