



Załącznik nr 3 do Zarządzenia  
Prezesa Zarządu PCZ nr 70/2026  
z dnia 16.09.2026 r.

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

## **OFERTA**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii 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 telefonu .....adres e-mail.....  
Adres zamieszkania.....  
Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....  
.....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii 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: 18:00 a 08:00, dnia następnego ( w dni powszednie) oraz pomiędzy godzinami 08:00 a 08:00 dnia następnego (w soboty, niedziele i święta) ,
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;
  - Prawo wykonywania zawodu lekarza;
  - Dyplom specjalizacji
  - Dokument potwierdzający, że oferent jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego **(wymagane jest złożenie pisemnej, pozytywnej opinii kierownika specjalizacji o prawie lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego do udzielania samodzielnych świadczeń zdrowotnych)**
  - Dyplom ukończenia specjalizacji zgodnej z przedmiotem konkursu, inne 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 <sup>1</sup> 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)

<sup>1</sup> 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