Załącznik nr 3 do Zarządzenia
Prezesa Zarządu PCZ nr 84/2026
z dnia 18.11.2026 r.

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

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w **Przychodni Specjalistycznej - Poradnia Dermatologiczna ul. Armii Krajowej 3** w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o. o.

Imię i nazwisko .....
PESEL .....
Zawód.....
Nr prawa wykonywania zawodu.....
Dane dotyczące specjalizacji (tytuł, stopień, inne).....
Nr dokumentu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalizacji lub stopnie specjalizacji.....
Nr wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich prowadzonego przez właściwą ORL.....
.....
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 **Przychodni Specjalistycznej - Poradnia Dermatologiczna, ul. Armii Krajowej 3,** 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 siedzibie Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Otwocku, w miejscu wskazanym przez Udzielającego Zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego Zamówienia.
3. Prowadzi indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską / indywidualną praktykę lekarską wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzoną 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 a 19:00.
8. Proponuje wysokość wynagrodzenia w wysokości …….. **% za zweryfikowany punkt wynikający z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.**
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował w załączniku od nr 3a do nr ……
10. Oświadcza, iż posiada …… letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem zamówienia objętego konkursem i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego Zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną 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.
3. Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanych kwalifikacji, w tym specjalizacji, tj.:

- Dyplom ukończenia szkoły wyższej;
- Prawo wykonywania zawodu lekarza;
- Dokument potwierdzający odpowiednio uzyskane tytuły specjalisty w dziedzinie: dermatologii oraz inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe – zał. nr 3a, 3b, itd.;

4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – zał. nr 4.
5. 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 postepowaniu [**]

.....
(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