

**Miejsce składania ofert:**  
**Wojskowy Instytut Medyczny**  
**Państwowy Instytut Badawczy**  
**ul. Szaserów 128**  
**04-141 Warszawa**

## O F E R T A

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza posiadającego uprawnienia do orzekania w zakresie medycyny pracy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w Poradni Medycyny Pracy - Szpital w Legionowie**

Imię.....  
Nazwisko.....  
PESEL.....  
Nr prawa wykonywania zawodu lekarza .....  
Nr dyplomu lekarza.....  
NIP.....REGON.....  
Numer paszportu (wymagany w przypadku obywatelstwa innego niż polskie) .....  
Numer wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL) .....  
.....  
Pełna nazwa praktyki lekarskiej .....  
.....  
Adres indywidualnej praktyki lekarskiej.....  
.....  
Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki).....  
.....  
Adres e-mail do kontaktu w sprawie postępowania konkursowego .....  
Jako służbowy kanał informacyjny wskazuję nr telefonu komórkowego .....  
Nr rachunku bankowego .....  
Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) ważne od: ..... do: .....  
Zaświadczenie lekarskie ważne od: ..... do: ..... \*1  
Szkolenie w zakresie BHP ważne od: ..... do: ..... \*2  
Szkolenie w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta (jeśli dotyczy) ważne od: .....  
do: .....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez 2 lekarzy posiadających uprawnienia do orzekania w zakresie medycyny pracy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w Poradni Medycyny Pracy - Szpital w Legionowie, ul. Zegrzyńska 8, 05-119 Legionowo na zasadach określonych w projekcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem.

1 \* Jeśli w dokumencie nie jest określona data obowiązywania „do” należy przyjąć maksymalnie 3 lata od daty obowiązywania „od”.

2 \* Jeśli w dokumencie nie jest określona data obowiązywania „do” należy przyjąć maksymalnie 5 lat od daty obowiązywania „od”.

**Oferent oświadcza, iż:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem udzielać będzie w Wojskowym Instytucie Medycznym - Państwowym Instytucie Badawczym - Szpital w Legionowie.
3. Posiada dyplom lekarza.
4. Posiada prawo wykonywania zawodu lekarza.
5. Posiada uprawnienia do orzekania w zakresie medycyny pracy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w Poradni Medycyny Pracy.
6. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) w zakresie określonym w przepisach ustawy o działalności leczniczej.
7. Posiada ważne orzeczenie/zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku objętym niniejszym konkursem.
8. Posiada aktualne zaświadczenia o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie BHP wymaganego dla swojej grupy zawodowej, której charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
9. Na dzień obowiązywania niniejszej umowy nie posiada zawartej umowy o pracę z Wojskowym Instytutem Medycznym - Państwowym Instytutem Badawczym.
10. Nie zalega w opłacaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, nie są one rozłożone na raty, nie jest zwolniony z ich uiszczania.
11. Nie zalega w opłacaniu podatków, nie są one rozłożone na raty, nie jest zwolniony z ich uiszczania.
12. Nie został prawomocnie skazany za co najmniej jedno z następujących przestępstw: przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu; przestępstwo przekupstwa; przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowej; przestępstwo skarbowego albo mające na celu popełnienie przestępstwa skarbowego.
13. Nie toczy się przeciwko niemu postępowanie karne w związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa, mającego związek z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych.
14. Inne dokumenty potwierdzające doświadczenie i wykształcenie.
15. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:
  - ..... zł badanie pracownicze/wstępne/okresowe
  - ..... zł badanie sanitarne
  - ..... zł badanie pracownicze/wstępne/okresowe + sanitarne razem
  - ..... zł badanie kierowcy
  - ..... zł badanie pracownika ochrony
  - ..... zł promieniowanie jonizujące
  - ..... zł badanie pierwszorazowe za konsultację w celu wydania orzeczenia na pozwolenie na broń
  - ..... zł badanie kolejne w celu wydania orzeczenia na pozwolenie na broń
  - ..... % badanie komercyjne

- ..... zł wystawienie skierowania do RWKL wraz z wydaniem opinii lekarskiej
- ..... zł udział lekarza profilaktyka w komisji bezpieczeństwa i higieny pracy oraz komisjach określonych odrębnymi przepisami wymagających udziału lekarza profilaktyka
- ..... zł wydanie orzeczenia o potrzebie udzielenia urlopu dla poratowania zdrowia
- ..... zł kwalifikacja do szczepień ochronnych
- ..... zł badanie słuchu przez lekarza orzecznika
- ..... zł badanie wzroku przez lekarza orzecznika
- ..... zł badanie narządu równowagi przez lekarza orzecznika
- ..... zł badanie pracownika zabezpieczenia technicznego

Jako termin rozpoczęcia udzielania świadczeń wskazuję:  
(nie wcześniej niż + 7 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu)

.....  
(proszę wpisać datę)

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(czytelny podpis)

#### **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. aktualny wydruk z CEIDG;
2. kserokopia dyplomu lekarza;
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza;
4. kserokopia dokumentu potwierdzającego posiadanie uprawnień do orzekania w zakresie medycyny pracy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w Poradni Medycyny Pracy;
5. kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r., poz. 156 z późn. zm.);
6. kserokopia ważnego orzeczenia/zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku objętym niniejszym konkursem;
7. kserokopia aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie BHP wymaganego dla swojej grupy zawodowej, której charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
8. dodatkowe dokumenty potwierdzające doświadczenie i wykształcenie;
9. podpisany Formularz Ofertowy (wypełniony pismem drukowanym lub na komputerze);
10. parafowany Wzór Umowy.

#### **SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:**

1. strony ponumerowane i ułożone zgodnie z „ZAŁĄCZNIKIEM DO OFERTY” lub z zapisami części III pkt.1 SWKO;
2. dokumenty złożone w formie oryginału lub datowanej kserokopii poświadczenia *za zgodność z oryginałem*.