

**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 specjalizację w dziedzinie ortodoncja w Poradni Ortodontycznej WIM – PIB

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 1 lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie ortodoncja w Poradni Ortodontycznej Wojskowego Instytutu Medycznego - Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa 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.
3. Posiada dyplom lekarza.
4. Posiada prawo wykonywania zawodu lekarza.
5. Posiada specjalizację w dziedzinie ortodoncja.
6. Posiada aktualne zaświadczenie o niefigurowaniu w krajowym rejestrze karnym;
7. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) w zakresie określonym w przepisach ustawy o działalności leczniczej.
8. Posiada ważne orzeczenie/zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku objętym niniejszym konkursem.
9. 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.
10. Na dzień obowiązywania niniejszej umowy nie posiada zawartej umowy o pracę z Wojskowym Instytutem Medycznym - Państwowym Instytutem Badawczym.
11. Nie zalega w opłacaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, nie są one rozłożone na raty, nie jest zwolniony z ich uiszczania.
12. Nie zalega w opłacaniu podatków, nie są one rozłożone na raty, nie jest zwolniony z ich uiszczania.
13. 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 skarbowe albo mające na celu popełnienie przestępstwa skarbowego.
14. Nie toczy się przeciwko niemu postępowanie karne w związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa, mającego związek z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych.
15. Inne dokumenty potwierdzające doświadczenie i wykształcenie.
16. 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** - za jeden punkt rozliczany do NFZ w ramach "świadczenia w zakresie ortodoncji dla dzieci i młodzieży" oraz w zakresach skojarzonych (tylko kody świadczeń 5.13.00...)

..... **%** od wartości świadczenia zrealizowanego za pełną odpłatnością pacjenta

dostępność/minimalna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu - h
(zgodnie z SWKO oferta zostanie uznana za nieważną jeżeli zostanie złożona na mniejszą niż 10
liczbę godzin)

.....
(miejsce i data)

.....
(czytelny podpis)

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. aktualny wydruk z CEIDG;
2. kserokopia dyplomu lekarza;
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza;
4. kserokopia dyplomu specjalizacji w dziedzinie ortodoncja;
5. kserokopia aktualnego zaświadczenia o niefigurowaniu w krajowym rejestrze karnym;
6. 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.);
7. kserokopia ważnego orzeczenia/zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku objętym niniejszym konkursem;
8. 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;
9. dodatkowe dokumenty potwierdzające doświadczenie i wykształcenie;
10. podpisany Formularz Ofertowy (wypełniony pismem drukowanym lub na komputerze);
11. 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 poświadczona za zgodność z oryginałem.