

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  
patomorfologia w Zakładzie Patomorfologii 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 patomorfologia w Zakładzie Patomorfologii 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.

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

<sup>2</sup> \* 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 patomorfologia.
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:

za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych - ..... zł

maksymalna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu - ..... h (zgodnie z SWKO oferta zostanie uznana za nieważną jeżeli zostanie złożona na większą niż 100 liczbę godzin)

.....  
(miejscowość 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 patomorfologia;
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 poświadczona *za zgodność z oryginałem*.