

**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 stomatologa w Poradni Stomatologicznej i Protetyki Stomatologicznej - Szpital w Legionowie

Imię.....  
Nazwisko.....  
PESEL.....  
Nr prawa wykonywania zawodu lekarza stomatologa .....  
Nr dyplomu lekarza stomatologa .....  
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 stomatologa w Poradni Stomatologicznej i Protetyki Stomatologicznej - 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 stomatologa.
4. Posiada prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) w zakresie określonym w przepisach ustawy o działalności leczniczej.
6. Posiada ważne orzeczenie/zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku objętym niniejszym konkursem.
7. 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.
8. Na dzień obowiązywania niniejszej umowy nie posiada zawartej umowy o pracę z Wojskowym Instytutem Medycznym - Państwowym Instytutem Badawczym.
9. Nie zalega w opłacaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, nie są one rozłożone na raty, nie jest zwolniony z ich uiszczania.
10. Nie zalega w opłacaniu podatków, nie są one rozłożone na raty, nie jest zwolniony z ich uiszczania.
11. 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.
12. Nie toczy się przeciwko niemu postępowanie karne w związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa, mającego związek z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych.
13. Inne dokumenty potwierdzające doświadczenie i wykształcenie.
14. 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 rozliczony do NFZ w ramach „świadczenia ogólnostomatologicznego” oraz w zakresach skojarzonych (tylko kody świadczeń 5.13.00...)
  - ..... **zł** za jeden punkt rozliczony do NFZ w ramach „świadczenia ogólnostomatologicznego” udzielanego uczniom (tylko kody świadczeń 5.13.00...)
  - ..... % od wartości świadczenia realizowanego za pełną odpłatnością pacjenta
  - ..... **zł** za konsultację na rzecz RWKL

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis)

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. aktualny wydruk z CEIDG;
2. kserokopia dyplomu lekarza stomatologa;
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza stomatologa;
4. 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.);
5. kserokopia ważnego orzeczenia/zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku objętym niniejszym konkursem;
6. 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;
7. dodatkowe dokumenty potwierdzające doświadczenie i wykształcenie;
8. podpisany Formularz Ofertowy (wypełniony pismem drukowanym lub na komputerze);
9. 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*.