

## FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczy ogłoszenia przez RCKiK w Opolu Konkursu ofert na udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kwalifikowania osób na kandydatów na dawców i dawców do oddania krwi lub jej składników – **Nr sprawy ZPU 25/KO 1/2017.**

---

### **DANE OFERENTA** (tylko osoby fizyczne nieprowadzące działalności gospodarczej)

Imię: .....

Nazwisko: .....

Data i miejsce urodzenia:.....

Nr ewidencyjny PESEL.....

Nr telefonu kontaktowego:..... adres e-mail: .....

### **Adres zamieszkania:**

Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

Gmina/dzielnica: .....

Ulica/nr domu/nr lokalu: .....

**Nr konta bankowego**.....

**Nr prawa wykonywania zawodu lekarza/ data wydania**.....

**Nazwa urzędu skarbowego, w którym oferent dokonuje rozliczeń:** .....

---

### **Oświadczenie oferenta:**

Prosimy o zaznaczenie właściwego oświadczenia w celu ustalenia składek na ubezpieczenia społeczne (możliwe jest zaznaczenie więcej niż jednej odpowiedzi):

- Oświadczam, że jestem studentem do 26 roku życia.
- Oświadczam, że jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę w.....(nazwa zakładu) i osiągam przychód **powyżej** minimalnego wynagrodzenia.
- Oświadczam, że jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę w.....(nazwa zakładu) i osiągam przychód **poniżej** minimalnego wynagrodzenia
- Oświadczam, że jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę w.....(nazwa zakładu) i osiągam przychód **poniżej** minimalnego wynagrodzenia oraz nie chcę być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.
- Oświadczam, że jestem niepracującym emerytem (nie posiadam innych tytułów do ubezpieczenia) i **nie chcę** być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.
- Oświadczam, że jestem niepracującym emerytem (nie posiadam innych tytułów do ubezpieczenia) i **chcę być** objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

- Oświadczam, że jestem pracującym emerytem - świadczę pracę na podstawie umowy zlecenie zawartej z innym podmiotem niż RCKiK w Opolu w.....(nazwa zakładu) i od wynagrodzenia osiąganego z tego tytułu odprowadzane są składki na ubezpieczenia społeczne.
- Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną i **nie chcę** być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.
- Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną i **chcę** być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.
- Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą w zakresie nieobjętym niniejszym konkursem.
- Oświadczam, że podlegam ubezpieczeniom społecznym rolników lub jestem członkiem kółek rolniczych lub spółdzielni produkcyjnych.
- Oświadczam, że świadczę pracę na podstawie umowy zlecenie zawartej z innym podmiotem niż RCKiK w Opolu w.....(nazwa zakładu) i od wynagrodzenia osiąganego z tego tytułu odprowadzane są składki na ubezpieczenia społeczne (powyższy punkt dotyczy osób niebędących emerytami).

Oświadczam, że powyższe oświadczenie wypełniłem zgodnie z prawdą i że świadomy(a) jestem odpowiedzialności karnej z art. 247 paragraf 1 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie poinformować na piśmie Udzielającego zamówienie o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia i biorę również pełną odpowiedzialność za konsekwencje niedotrzymania powyższego zobowiązania.

*Powyższe zobowiązanie dotyczy w szczególności Oferentów, którzy są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę i osiągają przychody powyżej minimalnego wynagrodzenia. W przypadku spadku osiąganych przychodów do poziomu poniżej minimalnego wynagrodzenia, mają oni obowiązek poinformować o tym fakcie Udzielającego zamówienie najpóźniej do końca miesiąca, w którym nastąpiła ta zmiana.*

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis Oferenta

## **OFERTA SZCZEGÓŁOWA**

1. Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z pkt. 2 SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU.
2. Propozycje wynagrodzenia za godzinę udzielania świadczenia na rzecz Udzielającego zamówienia zawiera załącznik nr 1a do niniejszej oferty.

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*podpis Oferenta*

### **Oświadczenie oferenta**

Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez działanie lub zaniechanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz dostarczenia Udzielającemu zamówienie kopii tej polisy ubezpieczeniowej w terminie do 7 dni od dnia podpisania umowy.

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*podpis Oferenta*

### **Oświadczenie oferenta**

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia Konkursu ofert na przyjęcie obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy cywilnoprawnej,
2. zapoznałem się z Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert na udzielanie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych, szczegółowymi warunkami konkursu (SWK) i treścią projektu umowy o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych i akceptuję postanowienia w nich zawarte,
3. uważam się za związanego niniejszą ofertą przez czas wskazany w ogłoszeniu, tj. przez okres 14 dni od upływu terminu składania ofert,
4. oświadczam, że stan zdrowia osób udzielających świadczeń zdrowotnych pozwala im na pracę w charakterze lekarza, na zadeklarowanym stanowisku.
5. stan prawny określony w dokumentach załączonych do niniejszej oferty nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.

.....  
*miejscowość i data*

.....  
*podpis Oferenta*

---

**Załącznikami do niniejszej oferty są dokumenty wymagane w SWK:**

1. ....
2. ....
3. ....