



Regionalne Centrum  
Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa  
im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza  
we Wrocławiu

## FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o Konkursie ofert na udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kwalifikowania osób na kandydatów na dawców i dawców krwi lub jej składników w RCKiK we Wrocławiu składam niniejszą ofertę:

### **DANE OFERENTA:**

#### **Nazwa praktyki lekarskiej / Nazwa podmiotu:**

.....  
.....

Nr REGON..... NIP.....

Nr ewidencyjny PESEL: .....

Nr telefonu kontaktowego:.....

adres e-mail: .....

#### **Adres siedziby praktyki lekarskiej/ podmiotu:**

Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

Gmina/dzielnica: .....

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

Nazwa banku, nr konta<sup>1</sup>: .....

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

**Nr wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą**.....

### **Kwalifikacje zawodowe ( posiadane specjalizacje, kursy, uprawnienia, certyfikaty):**

.....  
.....

<sup>1</sup> Wykonawca przy realizacji Umowy zobowiązuje posługiwać się rachunkiem rozliczeniowym, o którym mowa w art. 49 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo Bankowe (tekst jedn.: Dz.U. z 2022 r. poz. 2324 z późn.zm.) zawartym w wykazie podmiotów, o którym mowa w art. 96b ust. 1 Ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (tekst jedn.: Dz.U. z 2022 r. poz. 931 z późn.zm.)

**Doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych:**

1. ....  
 .....
2. Posiadam doświadczenie w kwalifikowaniu osób na kandydatów na dawców i dawców krwi lub jej składników, które wynosi ...../nie posiadam doświadczenia w kwalifikowaniu osób na kandydatów na dawców i dawców krwi lub jej składników\*.

\*niepotrzebne skreślić

**Oświadczenia Oferenta dotyczące oferty**

1. Oświadczam, że oferta moja obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych dla lokalizacji:
- a) Siedziba RCKiK we Wrocławiu wraz z akcjami wyjazdowego pobierania krwi  TAK  NIE
  - b) Terenowy Oddział w Głogowie wraz z akcjami wyjazdowego pobierania krwi  TAK  NIE
  - c) Terenowy Oddział w Legnicy wraz z akcjami wyjazdowego pobierania krwi  TAK  NIE
  - d) Terenowy Oddział w Lubinie wraz z akcjami wyjazdowego pobierania krwi  TAK  NIE
2. **Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu za cenę brutto w wysokości:**
- a) Siedziba RCKiK we Wrocławiu wraz z akcjami wyjazdowego pobierania krwi .....PLN/godz.
  - b) Terenowy Oddział w Głogowie wraz z akcjami wyjazdowego pobierania krwi .....PLN/godz.
  - c) Terenowy Oddział w Legnicy wraz z akcjami wyjazdowego pobierania?? krwi .....PLN/godz.
  - d) Terenowy Oddział w Lubinie wraz z akcjami wyjazdowego pobierania krwi .....PLN/ godz.
3. **Deklarowana minimalna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu .....**

.....  
data i czytelny podpis Oferenta**OŚWIADCZENIE**

Mając na uwadze treść art. 5 ust. 1 w związku z art. 26 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 156 ), z którego wynika iż przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, **niniejszym oświadczam, że prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą**, wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej oraz do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako:

- indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład \*
- indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład \*
- inna (wpisać jaka: .....)\*

Oświadczam, że:

- posiadam aktualną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez działanie lub zaniechanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

*\*odpowiednie zaznaczyć X*

1. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będą świadczone w okresie **od 01.04.2026 r. do 31.12.2026 r.**
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
4. Oświadczam, że jestem związany/a ofertą przez okres 30 dni od dnia, w którym upłynął termin składania ofert.
5. Do niniejszej oferty załączam wymagane w szczegółowych warunkach konkursu ofert dokumenty i oświadczenia jako załączniki.
6. Oświadczam, że stan zdrowia osób udzielających świadczeń zdrowotnych pozwala im na pracę w charakterze lekarza, na zadeklarowanym stanowisku.
7. Stan prawny określony w dokumentach załączonych do niniejszej oferty nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
8. Oświadczam, iż Oferent wyraża zgodę na przetwarzanie przez Udzielającego zamówienia informacji zawierających dane osobowe oraz, że poinformował pisemnie i uzyskał zgodę każdej osoby, której dane osobowe są podane w ofercie oraz dokumentach składanych wraz z niniejszą ofertą lub będą podane w oświadczeniach i dokumentach złożonych przez Wykonawcę w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia.
9. Oświadczam, że wobec Oferenta został spełniony obowiązek informacyjny wynikający z RODO.
10. Oświadczam, że jestem uprawniony do podania do wiadomości Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu oferty jak i załącznikach do niego. Wyrażam zgodę na przetwarzanie tych danych na potrzeby przeprowadzenia niniejszego postępowania jak i wykonanie obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa w tym RODO.

Do niniejszej oferty załączam wymagane w warunkach zamówienia dokumenty i oświadczenia jako załączniki:

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Aktualny wpis z właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej (kopia).
2. Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego, w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do KRS, a dla podmiotów nie podlegających wpisowi do KRS - aktualny wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
3. Aktualną polisę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu jej najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
4. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe: odpis dyplomu, przebieg pracy zawodowej, prawo wykonywania zawodu, zaświadczenie o posiadanych specjalizacjach, stopniach i tytułach naukowych oraz inne dokumenty w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata.
5. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV K.K, w art. 189a i art.207 KK oraz w ustawie z 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.
6. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wystawionego przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych a w przypadku lekarzy dyscyplin zabiegowych dodatkowo wpis o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń w narażeniu na promieniowanie elektromagnetyczne i jonizujące.
7. Aktualne badania do celów sanitarno-epidemiologicznych.
8. Klauzula informacyjna o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzania postępowania konkursowego na dane stanowisko.

.....  
podpis i pieczęć Oferenta

.....  
miejsowość i data