

..... dnia..... r.

**Komisja Konkursowa**  
**Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana**  
**Wyszyńskiego w Łomży**

## OFERTA na konkurs

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Pionie Chirurgii

### CZĘŚĆ A

L.p.	I.	II.	III.
1.	Imiona i nazwisko / Nazwa oferenta		
	Adres oferenta Nr telefonu		
2.	Data wpisu do ewidencji działalności gospodarczej		
	Numer wpisu do księgi rejestrowej Okręgowej Izby Lekarskiej		
	Numer REGON		
	Numer NIP		
	Numer prawa wykonywania zawodu		

3.	Numer rachunku bankowego	
4.	Kwalifikacje zawodowe /specjalizacje, kursy w tym bhp/, mające znaczenie przy udzielaniu świadczeń w zakresie, którego dotyczy oferta	
5.	Doświadczenie zawodowe, dodatkowe umiejętności potwierdzone dokumentami	

6.	Proponowane wynagrodzenie za udzielanie świadczeń zdrowotnych:		
<b>Łączna liczba przyznanych punktów z możliwych do uzyskania od 0 do 10 pkt</b>			

.....  
data i czytelny podpis oferenta

**UWAGA**

1. W kolumnie I wskazano rodzaj wymaganej informacji, którą Oferent podaje wpisując w kolumnie II. Kolumnę III wypełnia Komisja Konkursowa, przyznając punkty od 1 do 10.
2. W przypadku braku miejsca w niniejszym formularzu na podanie wszystkich danych, informacje należy zapisać na dodatkowej karcie i dołączyć ją do oferty.
3. Wszystkie strony ofert, załączniki oraz zapisy o zmianach w treści udzielanych informacji muszą być parafowane.

## CZĘŚĆ B

### OŚWIADCZENIE OFERENTA O ZAPOZNANIU SIĘ Z TREŚCIĄ OGŁOSZENIA KONKURSOWEGO

Oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert przeprowadzonym przez Szpital Wojewódzki w Łomży
2. akceptuję warunki konkursu, a w szczególności prawo ogłaszającego konkurs do odwołania konkursu lub przesunięcia terminu składania ofert,
3. zostałem/am zapoznany/a z możliwością złożenia protestu i odwołania,
4. złożoną ofertą pozostaję związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert,
5. wszystkie dane, jakie zawarłem/am w ofercie, są zgodne ze stanem faktycznym,

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

## CZĘŚĆ C

### PROPOZYCJE OFERENTA:

Czas trwania umowy: od ..... do .....

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

## CZĘŚĆ D – Załączniki

Wraz z ofertą konkursową oraz oświadczeniami o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i akceptacji postanowień umowy, składam lub oświadczam, że poniższe dokumenty znajdują się u Udzielającego zamówienie w związku z dotychczasową umową:

- 1) kopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe przez osoby realizujące przedmiot umowy (w tym dyplom, prawo wykonywania zawodu, specjalizacje, itp.),
- 2) kopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
- 3) kopię zaświadczenia o wpisie do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej
- 4) kopię ważnych polis ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (lub oświadczenie o zobowiązaniu się do zawarcia polisy OC w przypadku podpisania umowy)
- 5) aktualne orzeczenie do celów sanitarno – epidemiologicznych
- 6) aktualne zaświadczenie lekarskie – badania profilaktyczne
- 7) inne

.....

.....

.....

*data i czytelny podpis Oferenta*

### ZGODA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych szczególnej kategorii, które znajdują się w moich dokumentach aplikacyjnych niewymienionych w art. 22<sup>1</sup> § 1 Kodeksu pracy, ani innych przepisach szczególnych znajdujących zastosowanie zgodnie z art. 22<sup>1</sup> § 4 Kodeksu pracy, w celu przeprowadzenia rekrutacji przez Administratora – Szpital Wojewódzki im. Kard. St. Wyszyńskiego w Łomży w ramach ogłoszonego konkursu ofert z 10.12.2025r.

.....

*data i czytelny podpis Oferenta*