

.....  
pieczętka

# OFERTA

## I. Dane Oferenta:

1. Imię i Nazwisko .....

2. Adres: .....

3. Numer telefonu: .....

4. Adres e-mail: .....

## II. Przedmiot oferty:

Oferta dotyczy postępowania konkursowego ogłoszonego przez:

**WOJEWÓDZKĄ STACJĘ POGOTOWIA RATUNKOWEGO  
I TRANSPORTU SANITARNEGO „MEDITRANS” SPZOZ W WARSZAWIE  
UL. POZNAŃSKA 22  
00-685 WARSZAWA**

na:

### Świadczenie usług medycznych przez:

- 1. Lekarzy systemu**
- 2. Lekarzy – konsultantów obsługi teletransmisji  
12-odprowadzeniowego zapisu EKG dla Zespołów  
Ratownictwa Medycznego**

**Nr postępowania: 21/ZP/2026**

### **III. Potwierdzenie spełnienia wymagań formalno – prawnych (spis treści):**

1. Wypełniony druk oferty i formularz ofertowy (wzór Zamawiającego – zgodnie z zał. nr 1 do SWK);
2. CV;
3. Zaświadczenie o kwalifikacjach zawodowych osób, które będą udzielały świadczeń (kserokopie);
4. Kserokopia odpisu zezwolenia oraz odpisu wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich we właściwej okręgowej izbie lekarskiej z numerem zezwolenia stosownie do zapisów Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996r. /t.j. Dz. U. 2026 poz. 37/ lub oświadczenia o wszczęciu postępowania rejestracji praktyki indywidualnej;
5. Oświadczenie o niekaralności (wzór stanowi załącznik nr 2 do SWK);
6. Odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

### **IV. Potwierdzenie zapoznania się z treścią ogłoszenia, SWK, przyjęcia do wiadomości warunków ustaleń, które są projekcie umowy oraz zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Występując w postępowaniu konkursowym (uzupełniającym) na świadczenie usług medycznych przez:

.....  
(wpisać usługę)

oświadczam, że:

- ✓ zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, SWK oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń;
- ✓ uważam się za związanego niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWK;
- ✓ wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przekazanych w ofercie oraz w później składanych dokumentach, oświadczeniach i wyjaśnieniach dla potrzeb związanych z niniejszym postępowaniem konkursowym, zgodnie z ustawą z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 z późn. zm.) oraz w związku z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016, str. 1).

OFERTA z załącznikami zawiera łącznie: . . . . . ponumerowanych stron.

.....  
*podpis Oferenta*

## FORMULARZ OFERTOWY

Do konkursu ofert (uzupełniającego) na świadczenie usług medycznych w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” SPZOZ w Warszawie przez:

.....  
(wpisać usługę)

IMIĘ I NAZWISKO .....

NUMER PESEL .....

IMIĘ MATKI .....

IMIĘ OJCA .....

NAZWISKO RODOWE .....

OBECNE MIEJSCE ZATRUDNIENIA .....

.....

✓ **Lekarze systemu:**

Za realizację zamówienia oczekuję należności w wysokości ..... PLN za jedną godzinę świadczeń.

Zobowiązuję się do wykonania ..... godzin w każdym miesiącu.

✓ **Lekarze - konsultanci obsługi teletransmisji 12-odprowadzeniowego zapisu EKG dla Zespołów Ratownictwa Medycznego:**

Za realizację zamówienia oczekuję należności w wysokości:

.....PLN za jedną godzinę świadczenia usługi/dni powszednie.

.....PLN za jedną godzinę świadczenia usługi/soboty, niedziele, dni świąteczne, ustawowo wolne od pracy.

Zobowiązuję się do wykonania ..... godzin w każdym miesiącu.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z przepisami art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 156).

Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy.

.....  
Podpis składającego ofertę

....., dnia .....r.

## OŚWIADCZENIE O NIEKARALNOŚCI

Ja niżej podpisany/a ..... (imię i nazwisko)

PESEL: .....

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że:

- 1) nie byłem/nie byłem prawomocnie skazany/a za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego ani umyślne przestępstwo skarbowe, a także, że w chwili składania oświadczenia nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne w tym zakresie;
- 2) nie jestem wpisany/a do Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym;
- 3) posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Zobowiązuję się na każde pisemne wezwanie Zamawiającego, także w okresie obowiązywania Umowy, do przedłożenia aktualnej informacji z Krajowego Rejestru Karnego dotyczącej mojej osoby, potwierdzającej brak skazania za przestępstwa, o których mowa powyżej, w terminie wskazanym w wezwaniu.

Zobowiązuję się do niezwłocznego, nie później niż w terminie 3 dni od dnia powzięcia informacji, poinformowania Zamawiającego o każdej zmianie okoliczności objętych oświadczeniem.

Podpis i pieczęć Oferenta

.....