



UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE
WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

Załącznik nr 2 do Szczególnych warunków konkursu Ofert

Dane Udzielającego Zamówienia:
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM
ul. Banacha 1a,
02-091 Warszawa
Dziecięcy Szpital Kliniczny

Z-ca DYREKTORA UCK WUM
ds. Organizacji Świadczeń Medycznych

Ewelina Iwanicka

FORMULARZ OFERTOWY

Imię i Nazwisko Oferenta	
Adres email	
Nr telefonu komórkowego	
PESEL	
Obywatelstwo	
Urząd Skarbowy	

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń;
2. oświadcza, że nie posiada umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

OFERTA WARUNKÓW CENOWYCH

Zakres 1: Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym

Rodzaj udzielanych świadczeń	Lekarz specjalista	Lekarz w trakcie specjalizacji
Kwota za 1 godzinę brutto		

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba godzin, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy : godzin
Doświadczenie w udzielaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:.....lat

2. OŚWIADCZENIE OFERENTA :

1) Informacja o uprawnieniach do pobierania:

- Emerytury: tak ☐ nie ☐ Renty: tak ☐ nie ☐
- Czy jest orzeczony stopień niepełnosprawności: tak ☐ nie ☐
- Jeśli tak, zobowiązuję się złożyć posiadane orzeczenie do Działu Spraw Pracowniczych i Płac :
 - a) mam orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności ☐
 - b) mam orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ☐
 - c) mam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności ☐

2) Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:.....

3) Obecnie pracuję na podstawie umowy o pracę: tak ☐ nie ☐

4) Obecnie pracuję na podstawie umowy zlecenia: tak ☐ nie ☐

5) Oświadczam, że moje miesięczne wynagrodzenie od którego odprowadzane są składki na ubezpieczenia społeczne ze stosunku pracy/umowy cywilnoprawnej w macierzystym zakładzie pracy, w okresie trwania umowy zlecenia w UCK WUM, nie jest niższe od kwoty minimalnego wynagrodzenia określonego przez ustawę z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1362 z późn. zm.): **NIE** ☐ **TAK** ☐

Jeśli TAK - miejsce zatrudnienia - nazwa i adres pracodawcy/zleceniodawcy:

.....

6) Jestem objęta/y u obecnego pracodawcy ubezpieczeniem społecznym: tak ☐ nie ☐

7) Przebywam u obecnego pracodawcy na urlopie bezpłatnym/wychowawczym: tak ☐ nie ☐

8) Jestem studentem do 26-go roku życia: **NIE** ☐ **TAK** ☐ i zobowiązuję się przedkładać **zaświadczenie z uczelni wyższej o potwierdzeniu posiadania statusu studenta, wraz z rachunkiem do umowy zlecenia po zakończonym miesiącu kalendarzowym.**

9) Oświadczam, że udzielane świadczenia wchodzą w zakres prowadzonej przeze mnie pozarolniczej działalności gospodarczej: tak ☐ nie ☐

10) Opłacam z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej składki ZUS: tak ☐ nie ☐

11) Opłacam z tytułu działalności gospodarczej **składki preferencyjne**: tak ☐ nie ☐

Mały ZUS: tak ☐ nie ☐

12) Pozostaję w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy: tak ☐ nie ☐

13) Adres zamieszkania:

- ♦ kod pocztowy:miejscowość:
- ♦ gmina:.....ulica:.....
- ♦ nr domu:.....nr lokalu:..... telefon:.....

