



„Projekt 3/9-2018/BK-FAMI oraz 4/9-2018/BK-FAMI współfinansowany z Programu Krajowego Funduszu Azylu, Migracji i Integracji”

## ZAPYTANIE OFERTOWE/OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU

### I. ZAPRASZAMY DO ZŁOŻENIA OFERTY NA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA:

#### Skierowane do podmiotów gospodarczych

na udzielanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie usług lekarza, udzielanych osobom przebywającym w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Kętrzynie nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej „Program Krajowego Funduszu Azylu, Migracji i Integracji”

### II. DANE ZAMAWIAJĄCEGO

Nazwa organizacji: Warmińsko - Mazurski Oddział Straży Granicznej

Adres: ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78, 11-400 Kętrzyn

-mail: monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl, tel.89 7503035, 89 7503451, 89 7503037

### III. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

1. Osoby przewidziane do realizacji zamówienia muszą posiadać n/w wykształcenie, kwalifikacje oraz doświadczenie :
  - Prawo wykonywania zawodu lekarza w Polsce
  - Wpis do rejestru działalności gospodarczej

### IV. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych na potrzeby osób przebywających w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w zakresie kompetencji lekarza pierwszego kontaktu.

Strzeżony Ośrodek dla Cudzoziemców zlokalizowany jest na terenie kompleksu koszarowego W - MOSG ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78, 11-400 Kętrzyn.

Świadczenie zdrowotne obejmuje przede wszystkim:

- 1/ badanie lekarskie,
- 2/ dokonywanie oceny stanu zdrowia osób,
- 3/ ustalając rozpoznanie (diagnoza),
- 4/ w razie potrzeby zlecając leczenie farmakologiczne (wypisanie recept),
- 5/ w razie konieczności wskazując konieczność wykonania innych konsultacji oraz badań diagnostycznych (wypisanie skierowań),
- 6/ w razie potrzeby zlecając skierowanie na leczenie szpitalne
- 7/ bieżące prowadzenie dokumentacji medycznej,

#### Warunki świadczenia usług medycznych:

Zgodnie ze wzorem umowy stanowiącym zał.nr. 1 do zapytania ofertowego w trakcie jej obowiązywania od dnia 01.04\*.-30.06.2023r. ilość udzielanych świadczeń zdrowotnych będzie zgodna z ustalonym harmonogramem przyjęć lekarskich.

Wzór umowy stanowi zał. nr. 1 do zapytania ofertowego

\*od dnia zawarcia umowy

### V. KRYTERIA OCENY OFERTY

Cena 100 % -sposób oceny minimalizacja



UNIA EUROPEJSKA  
FUNDUSZ AZYLU,  
MIGRACJI I INTEGRACJI

„Projekt 3/9-2018/BK-FAMI oraz 4/9-2018/BK-FAMI współfinansowany z Programu Krajowego Funduszu Azylu, Migracji i Integracji”

#### VI. TERMIN I SPOSÓB SKŁADANIA OFERT

1. Ofertę należy złożyć wg wzoru formularza ofertowego (zał. Nr 2);
2. Oferta musi być sporządzona w języku polskim;
3. Oferta musi być czytelna;
4. Ofertę należy złożyć w terminie do dnia 02.03.2023r. w jeden z dostępnych sposobów:  
- w formie skanu pocztą elektroniczną na adres: [monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl](mailto:monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl)
5. Zamawiający odrzuci ofertę:
  - 1) złożoną po terminie;
  - 2) złożoną przez wykonawcę niespełniającego warunków udziału w postępowaniu;
  - 3) niezgodną z treścią zapytania ofertowego;
  - 4) zawierającą błędy nie będące oczywistymi omyłkami pisarskimi lub rachunkowymi;
6. Wykonawcy ponoszą wszelkie koszty własne związane z przygotowaniem i złożeniem oferty, niezależnie od wyniku postępowania.
7. Termin związania ofertą: 30 dni od daty złożenia.

#### VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU OFERTY/OPIS SPOSOBU WYBORU OFERTY

Oferta najkorzystniejsza zostanie wybrana spośród ofert niepodlegających odrzuceniu, na podstawie kryteriów wskazanych w punkcie V.

#### VIII. DODATKOWE INFORMACJE/OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTU

mjr SG Marek MAKAREWICZ  
tel.89 750 30 35  
mjr SG Józef WOŚ  
tel. 89 750 34 51  
Monika Nestorowicz  
tel. 89 750 30 37  
e-mail: [monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl](mailto:monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl)

#### IX. DODATKOWE INFORMACJE

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia prowadzonego zapytania, a także zastrzega sobie możliwość niedokonania wyboru w przypadku, gdy:
  - 1) nie zostanie złożona żadna oferta;
  - 2) jeżeli cena oferty przekracza kwotę, którą Zamawiający może przeznaczyć na realizację zamówienia
  - 3) niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej do zawarcia umowy.

X. Informacja o przetwarzaniu Pana/Pani danych osobowych znajduje się na stronie Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej pod adresem <http://wm.strazgraniczna.pl/wm/rodo/28503,RODO.html>

Załączniki zapytania ofertowego/ogłoszenia o zamówieniu:

1. Wzór umowy str. (Zał. Nr 1)
2. Formularz ofertowy str. (Zał. Nr 2)

24.02.2023r.

Kierownik Służby Zdrowia Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej z siedzibą w Kętrzynie mjr SG Marek MAKAREWICZ

2023-02-24

(data)

(podpis osoby prowadzącej procedurę, działającej w imieniu zamawiającego)

KIEROWNIK SŁUŻBY ZDROWIA - LEKARZ  
w Służbie Zdrowia  
Warmińsko-Mazurskiego Oddziału  
Straży Granicznej z siedzibą w Kętrzynie

mjr SG Marek MAKAREWICZ



„Projekt 3/9-2018/BK-FAMI oraz 4/9-2018/BK-FAMI współfinansowany z Programu Krajowego Funduszu Azylu, Migracji i Integracji”

Egz. Nr.....

UMOWA NR .....

Zawarta w dniu ..... w Kętrzynie pomiędzy:

**Warmińsko-Mazurskim Oddziałem Straży Granicznej, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78, 11-400 Kętrzyn**, reprezentowanym przez **Komendanta Oddziału**, w imieniu którego działa: ..... - **Zastępca Komendanta Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej** przy kontrasygnacie:

..... – **Głównego Księgowego Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej** zwanym dalej „**Zamawiającym**” a

.....  
zwanym w treści umowy „**Wykonawcą**”.

W wyniku przeprowadzenia przez **Zamawiającego** rozpoznania rynku została zawarta umowa o następującej treści:

§ 1.

**Zamawiający** zleca, a **Wykonawca** przyjmuje obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych, w zakresie usług lekarza pierwszego kontaktu, udzielanych osobom przebywającym w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Kętrzynie, dalej zwanym „Ośrodkiem” nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. Realizacja umowy jest współfinansowana z Programu Krajowego Funduszu Azylu, Migracji i Integracji zgodnie z Kartą Projektu 3/9-2018/BK-FAMI oraz 4/9-2018/BK-FAMI.

§ 2.

1. **Wykonawca** zobowiązuje się do udzielenia świadczeń zdrowotnych w formie konsultacji lekarskich określonych w § 1 osobom przebywającym w Ośrodku wykonując:

1/ badanie lekarskie,

2/ dokonywanie oceny stanu zdrowia osób,

3/ ustalając rozpoznanie (diagnoza),

4/ w razie potrzeby zlecając leczenie farmakologiczne (wypisanie recept),

5/ w razie konieczności wskazując konieczność wykonania innych konsultacji oraz badań diagnostycznych (wypisanie skierowań),

6/ w razie potrzeby zlecając skierowanie na leczenie szpitalne

7/ bieżące prowadzenie dokumentacji medycznej,





„Projekt 3/9-2018/BK-FAMI oraz 4/9-2018/BK-FAMI współfinansowany z Programu Krajowego Funduszu Azylu, Migracji i Integracji”

2. **Wykonawca** będzie wykonywał usługi określone w § 1 zgodnie z harmonogramem ustalonym po uzgodnieniu z **Zamawiającym** (wzór harmonogramu stanowi zał. Nr 1).
3. Łączna ilość godzin udzielanych świadczeń zdrowotny przez **Wykonawcę** będzie wynosić: ..... godzin.
4. Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych jest teren Ośrodka zlokalizowany w kompleksie koszarowym **Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78, 11-400 Kętrzyn.**
5. **Wykonawca** zobowiązany jest do wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy zgodnie z ofertą i nie ma prawa do przenoszenia swoich obowiązków na inne osoby lub podmioty gospodarcze.

§ 3.

1. **Wykonawca** zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie usług lekarza pierwszego kontaktu.
2. **Wykonawca** zobowiązuje się do prowadzenia wymaganej dokumentacji udzielanych świadczeń, w tym dokumentacji medycznej, według zasad obowiązujących u **Zamawiającego** oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Dokumentacja powinna być sporządzona w sposób merytorycznie rzetelny, winna być czytelna oraz zawierać kompletne dane wymagane dla poszczególnych rodzajów dokumentacji, zgodnie z obowiązującymi wzorami dokumentów.
4. Właścicielem dokumentacji, w tym medycznej, jest **Zamawiający**. Udostępnianie dokumentacji medycznej następuje wyłącznie w przypadkach określonych ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633 ze zm.), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304 ze zm.) oraz zgodnie z zasadami obowiązującymi u **Zamawiającego**.
5. **Wykonawca** jest w pełni odpowiedzialny za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Ośrodku i ponosi odpowiedzialność za wykonywane czynności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.
6. **Wykonawca** zobowiązuje się do odpowiedniego przestrzegania przepisów porządkowych obowiązujących u **Zamawiającego**, stosowania się do wdrożonych procedur oraz zarządzeń obowiązujących u **Zamawiającego**.
7. **Wykonawca** obowiązany jest ściśle przestrzegać przepisów RODO Rozporządzenia 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



„Projekt 3/9-2018/BK-FAMI oraz 4/9-2018/BK-FAMI współfinansowany z Programu Krajowego Funduszu Azylu, Migracji i Integracji”

uchylecia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781) oraz ponosi pełną odpowiedzialność z tytułu naruszenia wyżej wymienionych przepisów i ewentualnego udostępnienia danych osobowych pacjentów osobom nieuprawnionym.

§ 4.

W trakcie realizacji zamówienia **Zamawiający** uprawniony jest do wykonywania czynności kontrolnych wobec **Wykonawcy** odnośnie sposobu udzielania świadczeń.

§ 5.

1. **Wykonawca będący podmiotem gospodarczym oświadcza**, że dysponuje osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, ponadto osoby wykonujące usługę będą posiadały w okresie wykonywania niniejszej umowy aktualne zaświadczenia wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania czynności, o których mowa w § 1 i § 2. Badania lekarskie osób przewidzianych do wykonywania usług medycznych **Wykonawca** przedkłada **Zamawiającemu**.
2. Jeżeli w trakcie niniejszej umowy upływa termin ważności zaświadczeń, o których mowa w ust. 1, **Wykonawca** zobowiązuje się dostarczyć aktualne zaświadczenia na 3 dni przed upływem terminu ich ważności.

§ 6.

Strony zgodnie postanawiają, że **Wykonawca** zobowiązany jest:

- 1) znać przepisy i zasady bezpieczeństwa i higieny pracy, zagrożenia występujące u **Zamawiającego** oraz obowiązujące procedury,
- 2) wykonywać świadczenia w sposób zgodny z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny prac, reżimem sanitarno-epidemiologicznym oraz stosować się do wydawanych w tym zakresie poleceń i wskazówek przez **Zamawiającego**,
- 3) znać i przestrzegać akty prawne obowiązujące w ochronie zdrowia oraz przepisy wewnętrzne obowiązujące u **Zamawiającego**,
- 4) niezwłocznie zawiadomić **Zamawiającego** o zauważonym u **Zamawiającego** wypadku albo zagrożeniu życia lub zdrowia ludzkiego oraz ostrzec współpracowników, a także inne osoby, znajdujące się w rejonie zagrożenia o grożącym im niebezpieczeństwie,
- 5) znać i przestrzegać przepisy określające prawa pacjenta.

§ 7.

1. **Wykonawca** ponosi pełną odpowiedzialność za szkody i zaniechania wyrządzone przy realizacji niniejszej umowy.





„Projekt 3/9-2018/BK-FAMI oraz 4/9-2018/BK-FAMI współfinansowany z Programu Krajowego Funduszu Azylu, Migracji i Integracji”

2. **Wykonawca** oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych na kwotę nie niższą niż 350.000 euro i zobowiązuje się do kontynuowania tego ubezpieczenia przez cały okres trwania niniejszej umowy.
3. **Wykonawca** dostarczy **Zamawiającemu** w terminie 5 dni od podpisania umowy kserokopię polisy ubezpieczeniowej o której mowa w ust. 2. Jeżeli w trakcie niniejszej umowy upływa termin ważności polisy, **Wykonawca** zobowiązuje się dostarczyć polisę na kolejny okres na 3 dni przed upływem tego terminu, pod rygorem odstąpienia od umowy przez **Zamawiającego**.
4. Jeżeli w trakcie realizacji niniejszej umowy minimalna kwota obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ulegnie zwiększeniu, **Wykonawca** zobowiązuje się do przedłożenia polisy uzupełniającej w ciągu 3 dni od daty takiej zmiany, pod rygorem odstąpienia od umowy przez **Zamawiającego**.

§ 8.

1. **Zamawiający** zobowiązuje się zapewnić **Wykonawcy** pomieszczenia, sprzęt, aparaturę i środki medyczne, niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymienionych w § 1 i § 2.
2. **Zamawiający** nie pobiera wynagrodzenia za korzystanie ze sprzętu, aparatury i środków medycznych, o których mowa w ust 1.
3. Awaryjne, uszkodzenia sprzętu, braki powstałe w czasie pełnionego dyżuru **Wykonawca** zobowiązuje się zgłaszać Kierownikowi Służby Zdrowia W-MOSG.
4. **Wykonawca** zobowiązany jest do przestrzegania instrukcji obsługi i użytkowania sprzętu i aparatury medycznej. Wszystkie czynności zawarte w instrukcjach zobowiązany jest wykonywać z należytą starannością.

§ 9.

1. Strony ustalają stawkę za każdą godzinę udzielonego świadczenia zdrowotnego w zakresie usług lekarza pierwszego kontaktu zgodnie ze złożoną ofertą, w wysokości:      złotych brutto (słownie      ).
2. Określona w ust. 1 stawka godzinowa zawiera wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu umowy, w tym min. koszty dojazdów do miejsca świadczenia usługi, koszty odzieży ochronnej, badań przydatności do pracy, ubezpieczenia OC itp.
3. Należność z tytułu wykonywania umowy stanowić będzie iloczyn liczby zrealizowanych godzin i stawki godzinowej określonej w ust. 1.
4. Strony ustalają, że wykonana usługa rozliczana będzie w okresach miesięcznych.



„Projekt 3/9-2018/BK-FAMI oraz 4/9-2018/BK-FAMI współfinansowany z Programu Krajowego Funduszu Azylu, Migracji i Integracji”

5. Podstawą wystawienia faktury VAT przez **Wykonawcę** będzie zatwierdzone przez **Zamawiającego** lub osobę upoważnioną zestawienie ilości godzin udzielonych świadczeń zdrowotnych, zgodnie z załącznikiem do umowy.
6. Wynagrodzenie płatne będzie na podstawie faktur VAT wystawianych przez **Wykonawcę** po zakończeniu każdego miesiąca w terminie 21 dni od daty otrzymania przez **Zamawiającego** prawidłowo wystawionej faktury VAT, na rachunek bankowy wskazany w fakturze.
7. Jako dzień zapłaty ustala się dzień obciążenia rachunku bankowego **Zamawiającego**.
8. Za każdy dzień zwłoki w zapłacie wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, **Wykonawca** może żądać odsetek ustawowych.
9. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 jest stałe i nie ulega waloryzacji przez okres trwania umowy.

§ 10.

1. Strony ustalają odpowiedzialność za niewykonanie, nienależyte wykonywanie lub nienależyte wykonanie zobowiązań określonych w umowie w formie kar umownych. **Wykonawca** zapłaci **Zamawiającemu** karę umowną:
  - 1) za nieobecność lekarza w wyznaczonym dniu w miejscu świadczenia usługi - kwotę 200,00 zł za każde zdarzenie,
  - 2) za zakończenie świadczenia zdrowotnego i opuszczenie miejsca udzielania świadczeń przed końcem zmiany określonej w harmonogramie - kwotę 100,00 zł za każde zdarzenie,
  - 3) za nie dostarczenie w terminie wskazanym w § 7 ust. 3 i 4 kopii polisy ubezpieczeniowej – kwotę 20,00 zł za każdy dzień zwłoki,
  - 4) za odstąpienie od umowy **Zamawiającego** z winy **Wykonawcy** – kwotę 4.000,00 zł.
2. **Wykonawca** oświadcza, że wyraża zgodę na potrącenie w rozumieniu art. 498 i 499 Kodeksu cywilnego powstałej należności w przypadku niewykonania, nienależytego wykonywania lub nienależytego wykonania umowy poprzez naliczenie kary umownej, o której mowa w ust. 1. Jednocześnie **Wykonawca** oświadcza, że powyższe oświadczenie nie zostało złożone pod wpływem błędu, ani nie jest obarczone jakąkolwiek inną wadą oświadczenia woli skutkującą jego nieważnością.
3. W przypadku zaistnienia sytuacji, o której mowa w ust. 1 **Zamawiający** wystawi notę zawierającą szczegółowe naliczenie kar umownych.
4. **Zamawiający** zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania za wyrządzoną mu przez **Wykonawcę** szkodę niezależnie od określonych w ust. 1 kar umownych.

§ 11.



„Projekt 3/9-2018/BK-FAMI oraz 4/9-2018/BK-FAMI współfinansowany z Programu Krajowego Funduszu Azylu, Migracji i Integracji”

1. Wszystkie spory mogące wyniknąć w związku z realizacją niniejszej umowy, strony będą w pierwszej kolejności rozstrzygać w drodze wzajemnych negocjacji.
2. W przypadku braku uzgodnienia stanowiska sprawy rozstrzygać będzie sąd właściwy dla siedziby **Zamawiającego**.

§ 12.

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia .....
2. Umowa może zostać rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym na podstawie pisemnego oświadczenia jednej ze stron, gdy druga strona naruszyła istotne postanowienia umowy oraz w każdym czasie na mocy porozumienia stron.
3. **Zamawiający** może rozwiązać niniejszą umowę w trybie natychmiastowym w szczególności, gdy

**Wykonawca:**

- 1) wypełnia warunki umowy w sposób naruszający postanowienia umowy, wadliwego ich wykonywania, negatywnej oceny merytorycznej **Zamawiającego**, ograniczenia dostępności świadczeń i zawężenia ich zakresu, niewykonywania obowiązków wynikających z umowy,
- 2) nieprawidłowo prowadzi dokumentację medyczną i inną niezbędną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, co zostanie stwierdzone przez **Zamawiającego**.

§ 13.

W sprawach nie uregulowanych, niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 14.

Wszelkie zmiany do niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 15

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa egzemplarze dla **Zamawiającego** jeden egzemplarz dla **Wykonawcy**.

§ 16.

Osobą odpowiedzialną za realizację umowy jest Kierownik Służby Zdrowia Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej z siedzibą w Kętrzynie.

Załącznik do umowy

1. Wzór harmonogramu dyżurów
2. Wzór zestawienia ilości godzin udzielania usług medycznych.

**Zamawiający:**

**Wykonawca:**





UNIA EUROPEJSKA  
FUNDUSZ AZYLU,  
MIGRACJI I INTEGRACJI

„Projekt 3/9-2018/BK-FAMI oraz 4/9-2018/BK-FAMI współfinansowany z Programu Krajowego Funduszu Azylu, Migracji i Integracji”

Załącznik nr 1 do umowy.....

**Harmonogram**  
udzielanych usług medycznych w miesiącu 2023

Dzień m-ca	Praca w godzinach		Ilość godzin
	od	do	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

.....  
Podpis Wykonawcy

.....  
podpis Kierownika Służby Zdrowia lub osoby upoważnionej



UNIA EUROPEJSKA  
FUNDUSZ AZYLU,  
MIGRACJI I INTEGRACJI

„Projekt 3/9-2018/BK-FAMI oraz 4/9-2018/BK-FAMI współfinansowany z Programu Krajowego Funduszu Azylu, Migracji i Integracji”

Załącznik nr 2 do umowy.....

**ZESTAWIENIE**  
ilości godzin udzielonych usług medycznych

Dzień m- ca	Miesiąc, rok				
	Praca w godzinach		Ilość godzin	Podpis realizującego usługę medyczną	Potwierdzenie
	od	do			
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Oświadczam, że w okresie od ..... do .....udzieliłem usług medycznych w ilości..... godzin.

.....  
podpis Kierownika Służby Zdrowia lub osoby upoważnionej

.....  
Podpis Wykonawcy



„Projekt 3/9-2018/BK-FAMI oraz 4/9-2018/BK-FAMI współfinansowany z Programu Krajowego Funduszu Azylu, Migracji i Integracji”

.....  
(miejsowość, data)

## FORMULARZ OFERTOWY

### Dane Zamawiającego

Nazwa organizacji: **Warmińsko - Mazurski Oddział Straży Granicznej**

Adres: **ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78, 11-400 Kętrzyn**

E-mail: **monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl**, tel.89 7503035, 89 7503036, 89 7503037

### Dane Wykonawcy

Nazwa: .....

.....

Adres: .....

NIP: .....

E-mail: ....., tel.: .....

I. Nazwa i nr zamówienia:

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług lekarza, udzielanych osobom przebywającym w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Kętrzynie nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej „Program Krajowego Funduszu Azylu, Migracji i Integracji”**

II. Szczegóły dotyczące realizacji zamówienia:

**Zgodnie ze wzorem umowy stanowiącym zał.nr. 1 do zapytania ofertowego w trakcie jej obowiązywania od dnia 01.04\*.-30.06.2023r. ilość udzielanych świadczeń zdrowotnych będzie zgodna z ustalonym harmonogramem przyjęć lekarskich.**

\*od dnia podpisania umowy

Oświadczam, iż zapoznałem się i akceptuję warunki dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia przedstawione w zapytaniu ofertowym/~~ogłoszeniu o zamówieniu~~ oraz we wzorze umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

III. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Cena ofertowa brutto za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie usług lekarza pierwszego kontaktu

..... zł (słownie:.....)

Cena ofertowa zawiera wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu umowy, w tym min. Koszty dojazdów do miejsca świadczenia usługi, koszty odzieży ochronnej, badań przydatności do pracy, ubezpieczenia OC itp.

IV. Oświadczam, że:

-wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych przez Warmińsko-Mazurski Oddział Straży Granicznej w Kętrzynie w celu monitoringu, sprawozdawczości i audytu realizowanego projektu, wyłącznie podmiotom uprawnionym do prowadzenia powyższych czynności lub ich przedstawicielom zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 1997 nr 133 poz. 883 z późn. zm.).

- dysponuję osobami zdolnymi do wykonania zamówienia  
Jednocześnie oświadczam, że powyższe nie zostało złożone pod wpływem błędu, ani nie jest obarczone jakąkolwiek inną wadą oświadczenia woli skutkującą jego nieważnością.

.....  
podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy



