

**O F E R T A**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa na rzecz pacjentów**  
**Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach**

**I. DANE OFERENTA:**

Pełna nazwa i adres Oferenta:

.....

.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem Oferenta)

.....

Telefon do kontaktu:

|  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|
|  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|

Adres e mail : .....

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: .....

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (nr NIP): .....

PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Zawód: .....

Nr prawa wykonywania zawodu: .....

| KWALIFIKACJE ZAWODOWE*                       | W JAKIEJ/M DZIEDZINIE/ZAKRESIE |
|----------------------------------------------|--------------------------------|
| SPECJALIZACJA W DZIEDZINIE<br>PIELĘGNIARSTWA |                                |
| WYKSZTAŁCENIE WYŻSZE<br>PIELĘGNIARSKIE       |                                |

\*wpisać jeżeli dotyczy

.....  
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

**II. OFERTA CENOWA I DOSTĘPNOŚCI:**

| Nazwa świadczeń zdrowotnych      | Minimalna liczba godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonywanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego | Udzielanie świadczeń zdrowotnych - stawka brutto za 1 h* |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych | ..... godz. miesięcznie                                                                                                                                       | ..... zł brutto/godz.<br>.....<br>(słownie)              |

\*stawka bez uwzględnienia dodatków wynikających z treści załącznika nr 2 i 3 do SWKO

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli (za jedną godzinę świadczenia usługi).
2. Wynagrodzenie powinno zostać podane w złotych polskich cyfrowo.
3. Podane wynagrodzenie – stawka za godzinę ulegnie zwiększeniu, zgodnie z załącznikiem nr 2 i 3 do SWKO.

**Preferowana jednostka organizacyjna u Udzielającego Zamówienia:** .....

**Proponowany termin rozpoczęcia świadczenia usług:** .....

.....  
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

**III. OŚWIADCZENIE OFERENTA \***

Oświadczam, że :

1. **Zapoznałam/em się** z treścią ogłoszenia o konkursie oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń dotyczących ww. dokumentów;
2. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia;
3. **zapoznałam/em się** z projektem umowy i akceptuję warunki w niej zawarte;
4. wykonam świadczenia wymienione w ofercie zgodnie z przepisami prawa, aktualną wiedzą medyczną i treścią umowy zawartej z udzielającym zamówienia;
5. **nie jestem zawieszona/y w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona/y w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarstwa lub przepisów o samorządzie pielęgniarek;**
6. nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym;
7. nie mam przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;
8. samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em;
9. **nie świadczę pracy** w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Kartuzach na podstawie stosunku pracy. Oświadczam, że posiadam wiedzę, że nie można świadczyć usług jednocześnie na podstawie umowy o pracę w tym samym zakresie.
10. **posiadam** ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej\*/**zawrę** umowę o odpowiedzialności cywilnej\* na warunkach wskazanych w projekcie umowy;
11. **dotychczas wykonywałam/em\*/nie wykonywałam/em\*** na rzecz Udzielającego zamówienie takie same świadczenia zdrowotne jakich dotyczy składana oferta, w związku z powyższym oświadczam, że dokumenty wymienione w cz. IV Formularza Ofertowego znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia i są aktualne;
12. zobowiązuję się do dostarczenia do dnia zawarcia umowy zawarcia umowy kserokopii następujących dokumentów:
  - potwierdzających ukończenie kursu BHP,
  - stosownych zaświadczeń lekarskich,
  - dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy o działalności leczniczej,
  - informacji z Krajowego Rejestru Karnego.

\* **niepotrzebne skreślić**

.....  
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

**IV. W CELU UZNANIA, ŻE OFERTA SPEŁNIA WYMAGANE WARUNKI, OFERENT DOŁĄCZA DO OFERTY NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY** \*\*  
(na podstawie części V SWKO):

- 1) kserokopie (na żądanie udzielającego zamówienia oryginały) dokumentów potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu (**dypłom, stopnie i tytuły naukowe, potwierdzenie ukończenia kursów, dyplomy specjalizacji, potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji, itd.**)\*\*,
- 2) pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez pełnomocnika upoważnionego do występowania w imieniu Oferenta\*\*,
- 3) inne, dodatkowo składane przez oferenta:

.....  
\*\* **nie dotyczy** jeżeli Udzielającemu Zamówienia dostarczono wymagane dokumenty z racji realizacji wcześniej zawartych umów z Oferentem

.....  
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)