

## O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu zakresie koordynacji pracy w Pracowni Endoskopowej 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)

.....

Adres e mail : .....

Telefon do kontaktu .....

**należy podać obowiązkowo:**

Nazwa i numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:

.....

Nr wpisu do rejestru przedsiębiorców (KRS)\* lub 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 PIELĘGNIARSTWA / POŁOŻNICTWA	
WYKSZTAŁCENIE WYŻSZE PIELĘGNIARSKIE / POŁOŻNICZE	

.....

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

\*wpisać jeżeli dotyczy

**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 godzinę
Świadczenie usług medycznych wraz z koordynacją w Pracowni Endoskopowej	..... godzin	..... zł brutto (słownie: .....)
Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem pracy w pracowni endoskopowej	Nie dotyczy	..... zł brutto (słownie: .....)
Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach wezwania do udzielania świadczeń zdrowotnych poza ustalonym harmonogramem pracy w pracowni endoskopowej	Nie dotyczy	..... zł brutto (słownie: .....)

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.

.....

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

**III. OŚWIADCZENIE OFERENTA \***

Oświadczam, że :

1. Zapoznałem/am 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. zapoznałem/am 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. dotychczas 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.
6. posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej\* / zawarę umowę o odpowiedzialności cywilnej\* na warunkach wskazanych w projekcie umowy;
7. **nie jestem zawieszona/y w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona/y w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych;**

8. nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszono w wykonywaniu zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym;
9. nie mam przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;
10. samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em;
11. **zobowiązuję się do dostarczenia w dniu 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 wraz z dowodem zapłaty;**
  - **informacji z Krajowego Rejestru Karnego**
12. **świadczę pracę / nie świadczę pracy <sup>\*)</sup>** w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej. Oświadczam, że posiadam wiedzę, że nie można świadczyć usług jednocześnie na podstawie umowy o pracę i umowy cywilnoprawnej zawartej w wyniku konkursu.

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

\* niepotrzebne skreślić

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

- 1) aktualny dokument potwierdzający wpis Oferenta do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
- 2) aktualny dokument potwierdzających wpis Oferenta do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do tej ewidencji;
- 3) poświadczony za zgodność z oryginałem przez Oferenta odpis aktualny z Krajowego Rejestru Sądowego, w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do tego rejestru,
- 4) kserokopie (na żądanie udzielającego zamówienia oryginały) dokumentów potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarstwa lub położnej (**dyplom licencjata i dyplom magistra, prawo wykonywania zawodu, dyplomy specjalizacji, stopnie i tytuły naukowe, potwierdzenie ukończenia kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych, itd.**),
- 5) pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez pełnomocnika upoważnionego do występowania w imieniu Oferenta,
- 6) inne, dodatkowo składane przez oferenta: .....

\*\* należy skreślić pozycje dokumentów, których oferent nie składa

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