

O F E R T A
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa lub położnictwa 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 PIELĘGNIARSTWA / POŁOŻNICTWA	
WYKSZTAŁCENIE WYŻSZE PIELĘGNIARSKIE / POŁOŻNICZE	

*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. miesięczniezł brutto/godz. (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 pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych;**
6. nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony 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 zamówienie 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 (**dplom, 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)