

**Formularz oferty****I. Instrukcja dla Oferenta :**

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczętą Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony Formularza oferty muszą być parafowane przez Oferenta.

**II. Dane Oferenta:**

Imię i nazwisko pielęgniarki/pielęgniara													
Rodzaj praktyki pielęgniarskiej						Nr prawa wykonywania zawodu							
Organ prowadzący rejestr (nazwa Izby Pielęgniarek i Położnych)						Nr księgi rejestrowej							
Adres zamieszkania													
Kraj				Miejscowość									
Kod pocztowy				Poczta									
Ulica						Nr domu				Nr lokalu			
E-mail						telefon				fax			
Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):													
Kraj						Miejscowość							
Kod pocztowy				Poczta									
Ulica						Nr domu				Nr lokalu			
Działalność gospodarcza													
Firma										Siedziba			
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)						REGON							

### III. Oferowana kwota wynagrodzenia:

1. Za realizację miesięcznego zamówienia udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżury pielęgniarskie w Oddziałach Szpitalnych SP ZOZ we Włodawie proponuję stawkę w wysokości:

1) ..... **zł brutto** (słownie: , 00/100) za jedną godzinę udzielania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych;

2. Proponowana liczba godzin udzielania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych wynosi ..... godziny miesięcznie.

W przypadku zapotrzebowania na większą ilość godzin udzielania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych, za zgodą obu Stron, ilość godzin może ulec zwiększeniu.

W przypadku zapotrzebowania Szpital na większą ilość godzin udzielania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych, za zgodą obu Stron, ilość godzin może ulec zwiększeniu.

3. Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych:

- |                  |                                    |
|------------------|------------------------------------|
| - poniedziałek – | od godziny ..... do godziny ....., |
| - wtorek -       | od godziny ..... do godziny ....., |
| - środa -        | od godziny ..... do godziny ....., |
| - czwartek -     | od godziny ..... do godziny ....., |
| - piątek -       | od godziny ..... do godziny ....., |
| - sobota -       | od godziny ..... do godziny ....., |
| - niedziela -    | od godziny ..... do godziny ....., |

*\*- wypełnić właściwie do złożonej oferty*

### IV . Oświadczenie:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oferuję termin płatności ..... dni od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie pielęgniarki wynosi ..... lat.
4. Oświadczam, że staż pracy w komórce medycznej wynosi ..... lat.
5. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Szpital.
6. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu Przyjmującego Zamówienie na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w MI, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
7. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od daty jej podpisania do dnia ..... r. i do rozpoczęcia udzielania świadczeń z tej umowy wynikających od dnia ..... r.
8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na możliwość przedłużenia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w drodze aneksu o kolejne 12 miesięcy po upływie terminu jej obowiązywania.
9. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
10. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz załącznikami nr 3 i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
11. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.

12. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
13. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
14. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.
15. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Szpital harmonogramem.
16. Posiadam (odpowiednie zaznaczyć)
  - a) Wykształcenie średnie medyczne
  - b) Wykształcenie wyższe medyczne: ° **licencjat**, ° **magister**
  - c) Kurs kwalifikacyjny (podać jaki) .....
  - d) Specjalizację (podać dziedzinę) .....
17. Preferowana forma umowy (odpowiednie zaznaczyć):
  - a) umowa kontraktowa
  - b) umowa zlecenie

**UWAGA: W przypadku wyboru umowy zlecenia należy do oferty dołączyć wypełniony i podpisany formularz zgłoszeniowy, który znajduje się w ogłoszeniu na stronie Szpitala.**

**V. Do oferty załączam dokumenty (jeżeli nie są w posiadaniu Szpitala lub straciły aktualność):**

1. Wykaz personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych w imieniu Oferenta, w przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Załącznik Nr 1 do Formularza Ofertowego)\*.
2. Aktualny odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą/zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*.
3. Aktualny odpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/wyciąg z KRS.
4. Umowa spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej) \*.
5. Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki przyznane przez odpowiednią Izbę Pielęgniarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych.
6. Kopia dyplomu pielęgniarki.
7. Kopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe – w tym posiadane specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji), kursy specjalistyczne, doskonalące i inne świadectwa posiadanych umiejętności:
  - 1) .....
  - 2) .....
  - 3) .....
8. .... (*inne dokumenty – wskazać jakie*).

\*-niewłaściwe skreślić

.....  
(pieczęć i podpis  
Oferenta)

.....  
(miejscowość i data)