

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 wymienionych w Rozdziale I ust. 6 MI.
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 w oryginale do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Zaleca się, aby wszystkie strony Formularza oferty były paraflowane przez Oferenta.

II. Dane Oferenta :

Imię i nazwisko Opiekuna Medycznego			
Numer Wpisu Centralny Rejestr Osób Wykonujących Zawód Medyczny		Data wpisu	
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. Proponowana kwota wynagrodzenia i kryteria oceny punktowej:

A) Kryterium CENA (60% oceny, maksymalnie 60 pkt)

Oferuję wykonanie usług objętych przedmiotem konkursu zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych i szczegółowych warunkach konkursu za cenę:

..... zł brutto za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych.

B) Kryterium KWALIFIKACJE (WYKSZTAŁCENIE) (20% oceny, maksymalnie 20 pkt)

L.p.	Uzyskane kwalifikacje	Właściwe zaznaczyć „x”
1.	Dyplom zawodowy w zawodzie opiekun medyczny lub dokument (świadectwo/dyplom/certyfikat) potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny	
2.	Rozpoczęcie po dniu 31 sierpnia 2021 r. szkoły policealnej publicznej i uzyskanie dyplomu zawodowego w zawodzie opiekun medyczny lub posiadanie kwalifikacji w zawodzie MED.14	

Należy zaznaczyć jedną pozycję.

C) Kryterium DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE (20% oceny, maksymalnie 20 pkt)

L.p.	Staż i doświadczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziałach Szpitalnych (etat lub kontrakt) trwający:	Właściwe zaznaczyć „x”
1.	Bez doświadczenia i poniżej 3 miesięcy	
2.	Od 3 miesięcy do poniżej 1 roku	
3.	1 rok i więcej	

Należy zaznaczyć jedną pozycję. Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy.

IV. Oświadczenia:

1. Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz – nie wnoszę zastrzeżeń.
2. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia, w okresie objętym okresem związania ofertą. Przyjmuje do wiadomości, iż w przypadku bezzasadnej odmowy podpisania umowy poniosę wobec Udzielającego zamówienia odpowiedzialność odszkodowawczą z tego tytułu.

3. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu.
4. Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
5. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
6. Zobowiązuję się do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych przez Udzielającego zamówienia.
7. Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy*.
8. Posiadam ubezpieczenie NNW /zawrę umowę o odpowiedzialności NNW i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy*.
9. Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em. (umowa kontraktowa)
10. Wynagrodzenie będzie każdorazowo pomniejszane o zobowiązania publicznoprawne, do uiszczenia których zobowiązany jest Udzielający zamówienia jak i Przyjmujący zamówienie na rzecz US oraz ZUS (składki na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, inne). (umowa zlecenie)
11. Zgłosiłam/-łem swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
12. Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.
13. Oświadczam, że w SPZOZ we Włodawie świadczę pracę/nie świadczę pracy^{*)} na podstawie stosunku pracy w zakresie tożsamym z przedmiotem konkursu. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu, oświadczam, że z chwilą podpisania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę w wniosek o rozwiązanie łączącej mnie z SPZOZ we Włodawie umowy za porozumieniem stron.

V. Deklaruję następującą liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w:

..... w wysokości: godzin w miesiącu.
(nazwa komórki organizacyjnej)

Miejscowość data.....

.....
(pieczętka i podpis Przyjmującego zamówienie
lub osoby upoważnionej)

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

* niepotrzebne skreślić

Załączniki:

**Załącznik nr 1 – Oświadczenie - przebieg pracy zawodowej tożsamej z przedmiotem
niniejszego postępowania konkursowego (doświadczenie zawodowe)**