

**FORMULARZ OFERT**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PIEŁĘGNIARKI/PIEŁĘGNIARZY W PORADNI UROLOGICZNEJ W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO**

**1. Dane oferenta**

Imię i nazwisko ..... telefon.....

e-mail.....

miasto .....

ulica.....nr.....

PESEL ..... NIP .....REGON.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą.....

Specjalizacja (nazwa i stopień) .....

.....

Kursy kwalifikacyjne

(nazwa).....

Kursy specjalistyczne

(nazwa).....

Poradnia Szpitala

.....

.....

Dostępność w przedmiocie udzielania świadczeń zdrowotnych:

co najmniej: 88/100/140 godzin/inne: .....[zaznaczyć właściwe]

Podane powyżej dane w tym numer telefonu oraz adres e-mail są środkami komunikacji, którymi będę się posługiwać w kontakcie z Udzielającym Zamówienie w trakcie prowadzonego konkursu. Wszelkie informacje, oświadczenia lub wezwania kierowane za pośrednictwem przywołanych wyżej środków komunikacji uznaję za skutecznie złożone przez Udzielającego Zamówienia.

**2. Przedmiot oferty**

Złożona przeze mnie oferta jest ofertą na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/ pielęgniarza w Poradni Urologicznej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego

.....  
Data i podpis

### **3. Oferta cenowa**

cena jednostkowa za punkt rozliczeniowy..... zł.

### **4. Doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne:**

Oświadczam, że podlegające ocenie okresy udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w szpitalu wynoszą łącznie:

.....  
.....

### **5. Okres udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.**

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/ pielęgniarza w Poradni Urologicznej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego **od 1 stycznia 2023 r. do 31 października 2025r.**

.....  
Data i podpis

### **6.Oświadczenia:**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/pielęgniarza (stanowiącym załącznik nr 1 do SWKO) i akceptuję zawarte w nich postanowienia, nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

.....  
Data i podpis

Oświadczam, że posiadam uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełniam określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki ich realizacji.

.....  
Data i podpis

Oświadczam, że jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami wynikającymi z treści powszechnie obowiązujących przepisów prawnych.

.....  
Data i podpis

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego Zamówienia złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 1 do SWKO oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

.....  
Data i podpis

Oświadczam, że świadczenia wykonywane będą w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia.

.....  
Data i podpis

Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy, której wzór stanowi załącznik nr 1 do SWKO.

.....  
Data i podpis

Oświadczam, że nie jestem pozbawiona/y, ani zawieszona/y w prawach do wykonywania zawodu pielęgniarstwa/ratownictwa medycznego, na mocy prawomocnego wyroku karnego sądu powszechnego ani zawodowego sądu, a w chwili składania niniejszej oferty nie toczy się przeciwko mnie postępowanie przygotowawcze, które mogłoby prowadzić do pozbawienia mnie prawa wykonywania zawodu.

.....  
Data i podpis

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony danych osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w podanym wyżej zakresie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA im. prof. Ludwika Bierkowskiego w Poznaniu wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do przeprowadzenia Konkursu ofert. Oświadczam, że jestem świadoma/y przysługujących mi praw związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych jest równoznaczne z wycofaniem oferty z Konkursu.

.....  
Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. Wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą,
2. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu (dokument potwierdzający tytuł naukowy, dyplom pielęgniarstwa/ratownictwa medycznego, prawa wykonywania zawodu,

- świadczeń specjalizacji, podspecjalizacji i innych związanych z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych wynikających z umowy),
3. Wpis do rejestru indywidualnych praktyk Pielęgniarskich (Okręgowa Rada Pielęgniarska) dla ratownika odpowiedni wpis w Rejestrze Ratowników,
  4. Kserokopii dowodu osobistego,
  5. Aktualny wpis w Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej (CEIDG)
  6. Polisę ubezpieczenia OC
  7. Aktualne zaświadczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń objętych umową,
  8. Opis przebiegu pracy zawodowej (CV) wraz z dokumentami potwierdzającymi spełnianie wymagań określonych w SWKO.