

FORMULARZ OFERTOWY

**w Konkursie ofert na udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych
w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu
im. prof. Ludwika Bierkowskiego**

1. Dane oferenta

Imię i nazwisko

telefon..... e-mail.....

adres

korespondencyjny.....

NIP REGON.....

Nr	prawa	wykonywania	zawodu	nr
.....				

Nr	wpisu	do	Rejestru	podmiotów	wykonujących	działalność
leczniczą.....						

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 do mnie przez Udzielającego zamówienia za pośrednictwem przywołanych wyżej środków komunikacji uznaję za skutecznie złożone.

2. Przedmiot oferty

Złożona przeze mnie oferta jest ofertą na udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego **(podkreślić właściwe)**:

- 1) w Oddziale Chorób Wewnętrznych,
- 2) w Oddziale Hematologii,
- 3) w Oddziale Neurologii z Pododdziałem Leczenia Udarów,
- 4) w Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu z Pododdziałem Chirurgii Kręgosłupa i Ortopedii Onkologicznej,
- 5) w Oddziale Urologii z Pododdziałem Urologii Onkologicznej,
- 6) w zakresie pielęgniarstwa operacyjnego na Bloku Operacyjnym,
- 7) w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz na Bloku Operacyjnym,
- 8) w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej.

(przy czym zgodnie z wzorem umowy stanowiącym załącznik nr 1 do SWKO w przypadkach w niej określonych Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do udzielania świadczeń zdrowotnych w innych komórkach organizacyjnych Udzielającego zamówienia)

.....
Data i podpis

3. Oferta cenowa

¹ 1) Oferuję cenę za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych: zł
(słownie:.....).

² 1) Oferuję:

- cenę brutto za 1 godzinę udzielenia świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej od poniedziałku do piątku w godz. 7.00 – 19.00:zł
(słownie.....);
- ceny brutto za 1 godzinę udzielenia świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej od poniedziałku do piątku w godz. 19.00 – 7.00: zł
(słownie.....);
- ceny brutto za 1 godzinę dyżuru pod telefonem (pełnionego od poniedziałku do piątku w godz. 19.00 – 7.00 oraz w soboty, niedziele i święta): zł
(słownie.....);

¹ dotyczy zakresów udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w pkt. 2 ppkt. 1-7

² dotyczy udzielania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej

4. Specjalizacja (niewłaściwe skreślić)

- posiadam w dziedzinie
- nie posiadam.

5. Dostępność w przedmiocie udzielania świadczeń zdrowotnych w jednym miesiącu w wymiarze [właściwe podkreślić]:

- co najmniej 96 do 120 godzin,
- powyżej 120.

6. Okres udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych przez Pielęgniarki/Pielęgniarzy w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego **od 1 lutego 2025 r. do 31 stycznia 2028 r.**

.....
Data i podpis

7. Oświadczenia:

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych (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 warunki określone przepisami prawa oraz wynikające z treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki ich realizacji.

.....
Data i podpis

Oświadczam, że nie byłem/em karana/y w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

.....
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 pielęgniarki/pielęgniarza, 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

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 wykonujących działalność leczniczą,
2. Dyplom pielęgniarki, dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu oraz specjalizację.
3. Wpis do Rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarskich (Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych).
4. Aktualny wpis w Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej (CEIDG).
5. Polisa ubezpieczenia OC.
6. Aktualne zaświadczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń objętych umową.
7. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego – opatrzone datą nie wcześniejszą niż 6 miesięcy przed dniem zgłoszenia do Konkursu ofert.
8. Dokumenty potwierdzające spełnianie warunków określonych w SWKO.