

FORMULARZ OFERTOWY

w Konkursie ofert na udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Oddziale Hematologii w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego w ramach umowy zlecenia

1. Dane oferenta

Imię i nazwisko

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

adres.....

PESEL..... Nr prawa wykonywania zawodu nr.....

Podane powyżej dane w tym numer telefonu oraz adres e-mail są środkami komunikacji, którymi będę się posługiwać w kontakcie z Zleceniodawcą w trakcie prowadzonego konkursu. Wszelkie informacje, oświadczenia lub wezwania kierowane do mnie przez Zleceniodawcę 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 w Oddziale Hematologii.

(przy czym zgodnie z wzorem umowy zlecenia stanowiącym załącznik nr 1 do SWKO w przypadkach w niej określonych Zleceniobiorca jest zobowiązany do udzielania świadczeń zdrowotnych w innych komórkach organizacyjnych Zleceniodawcy)

.....
Data i podpis

3. Oferta cenowa

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

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.

12

6. Okres udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.

Oferuję zawarcie umowy zlecenia na udzielanie pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych przez Pielęgniarki/Pielęgniarzy w Oddziale Hematologii w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego **od 1 maja 2026 r. do 31 stycznia 2029 r.**

.....

Data i podpis

7. Oświadczenia:

Oświadczam, że dokumenty złożone w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania na podstawie zawartej dotychczas przeze mnie umowy ze Zleceniodawcą zachowują aktualność oraz zobowiązuję się przedłożyć oryginały tych dokumentów na każde wezwanie.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy zlecenia 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 (Dz. U. z 2025 r. poz. 383 t. j.) oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1939 t. j.), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Zleceniodawcę złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy zlecenia 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 Zleceniodawcy.

.....

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 zlecenia, 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/pielęgniarsza, 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. Dyplom pielęgniarki, dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu oraz specjalizację.
2. Aktualne zaświadczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń objętych umową.
3. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego – opatrzone datą nie wcześniejszą niż 6 miesięcy przed dniem zgłoszenia do Konkursu ofert.
4. Dokumenty potwierdzające spełnianie warunków określonych w SWKO.