

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w Konkursie ofert na udzielanie pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neurologii z Pododdziałem Leczenia Udarów 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  
lecniczą.....

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 pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego w Oddziale Neurologii z Pododdziałem Leczenia Udarów

(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) 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.

**6. Okres udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.**

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych przez Pielęgniarki/Pielęgniarzy w Oddziale Neurologii z Pododdziałem Leczenia Udarów w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego od 1 czerwca 2026 r. do 31 maja 2029 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 (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

10



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/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. 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.

Radca Prawny Dyrektora  
ds. Kontroli Wewnętrznej  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI  
w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego  
  
Dagmara Wieczorek  
radca prawny