*Pieczątka firmowa z pełną ………………………………………..*

*nazwą oferenta Miejscowość, data*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa/położnictwa na rzecz pacjentów SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ W RAWIE MAZOWIECKIEJ SZPITAL ŚW. DUCHA**

**w zakresie: ……………………………………………………………………………………………**

**I. Dane Przyjmującego zamówienie/Oferenta:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko** | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |
| **Prawo wykonywania zawodu** | | **Nr prawa wykonywania zawodu** | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | |
| **Kwalifikacje:** | | **Zawód** | | | | | | | | | |
| **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** | | | | | | | | |

**II. Kwalifikacje zawodowe** **i specjalizacja Przyjmującego zamówienie wymagana w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:**

1. Doświadczenie zawodowe w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta (odpowiednie zakreślić)

 do 1 roku

 od 1 do 5 lat

 powyżej 5 lat

2. Dodatkowe kwalifikacje w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta:

- Specjalizacja: ........................................................................................................................

- kurs kwalifikacyjny: .................................................................................................................

….................................................................................................................................................

- kurs specjalistyczny:...............................................................................................................

….................................................................................................................................................

………………………………………………...................................................................................

**III. Oferowana kwota wynagrodzenia:**

W odpowiedzi na zaproszenie do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ……………………………………………………………….......  
………………………………………………………………………………………………………….

oferuję wykonywanie świadczeń na poniższych warunkach:

Za realizację zamówienia proponuję stawkę wynagrodzenia w wysokości:

1. ..…… …PLN brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

**(słownie: …....................................................................................................................... złotych)**

Deklarowana ilość godzin …................... w miesiącu.

Dodatkowo oferowane świadczenia na rzecz Zamawiającego: …………………….

………………………………………………………………………………………………………..

**V. Oświadczenie:**

* 1. Oświadczam, że posiadam wiedzę niezbędną do przygotowania oferty oraz wykonania świadczeń będących przedmiotem zamówienia
  2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, w tym Prawo Wykonywania Zawodu bez ograniczeń (jeśli dotyczy), które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty (kserokopie) oraz wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zaświadczenie/wyciąg/wydruk z systemu z aktualnej księgi rejestrowej) - (jeśli dotyczy).
  3. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
  4. W dniu podpisania umowy zobowiązuję się dostarczyć aktualną polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej i w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową w zakresie określonym w art. 25 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej.
  5. Oświadcza, że przeciwko mnie nie toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.
  6. Oświadczam, że nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie właściwych przepisów prawa.
  7. Nie jestem ukarany/a karą zawieszenia w wykonywaniu zawodu.
  8. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienność cen.
  9. Oferuję termin płatności ……… dni od chwili otrzymania faktury przez Udzielającego Zamówienia.
  10. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie pielęgniarki/położnej/technika radiologii\* wynosi …….. lat
  11. Oświadczam, że staż pracy w oddziale/pracowni/poradni\* ……………………………………………… wynosi ……… lat.
  12. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami przystąpienia do konkursu określonymi w ogłoszeniu i Regulaminie przeprowadzania konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
  13. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
  14. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od dnia podpisania umowy do **01.10.2020 r. do 30.09.2021 r.**
  15. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
  16. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
  17. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym
  18. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.
  19. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienie harmonogramem.
  20. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SPZOZ w Rawie Mazowieckiej Szpital Św. Ducha dla potrzeb konkursu oraz czynności niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w umowie, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

………………………………….. ………………………………………………..

( miejscowość, data ) (podpis i pieczęć

Przyjmującego zamówienie)

**VI. Do oferty załączam:**

 Aktualny wpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP/KRS

 Kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

 Kserokopia dyplomu ukończenia szkoły

 Kserokopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej

 Kserokopia innych dokumentów potwierdzających dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia zawodowe (specjalizacje, kursy kwalifikacyjne specjalistyczne w tym/lub kursu zasad przetaczania krwi i jej składników wydane przez CKiK

 Kserokopia polisy OC

 Kserokopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o zdolności do podjęcia świadczeń na stanowisku objętym postępowaniem konkursowym, wystawionego przez lekarza medycyny pracy

 W przypadku kontynuacji umowy oświadczenie o przekazaniu w poprzednim postepowaniu kopi dokumentacji

Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe (wskazać jakie):

* 1. ………………………………………………………………………………………………
  2. ………………………………………………………………………………………………
  3. ………………………………………………………………………………………………

1. …………………………………………………..…………………...(*inne dokumenty – wskazać jakie*)

\*-niewłaściwe skreślić

......................................... ....................................................

(miejscowość i data) (pieczątka i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 1**

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, postanowieniami zawartymi w SWKO oraz Regulaminem konkursu.

Oświadczam, że akceptuję i zobowiązuję się do przestrzegania i wykonywania zapisów zawartych w SWKO, załącznikach i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.

......................................... ....................................................

(miejscowość i data) (pieczątka i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 2**

**Oświadczenie**

Oświadcza, że przeciwko mnie nie toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Oświadczam, że nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów zawodu pielęgniarki i położnej.

Nie jestem ukarany/a karą zawieszenia w wykonywaniu zawodu.

**......................................... ....................................................**

**(miejscowość i data) (pieczątka i podpis Oferenta)**

**Załącznik nr 3**

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Polityką Ochrony Danych Osobowych obowiązującą w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej

**......................................... ....................................................**

(miejscowość i data) (pieczątka i podpis

Przyjmującego zamówienie)

**Instrukcja dla Oferenta :**

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczętowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczątką Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony Formularza oferty muszą być parafowane przez Oferenta.