O F E R TA
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa lub położnictwa na rzecz pacjentów
Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach**

**I. DANE OFERENTA:**

Pełna nazwa i adres Oferenta:

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

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

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem Oferenta)

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

Adres e mail : ................................................................................................................................... …………

Telefon do kontaktu ........................................................................................ ………………………………..

**należy podać obowiązkowo:**

Nazwa i numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:

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

Nr wpisu do rejestru przedsiębiorców (KRS)\* albo Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (nr NIP): ..................................................................................................................................................................................... PESEL.........................................................................................................................................................................

Zawód.........................................................................................................................................................................
Nr prawa wykonywania zawodu................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **KWALIFIKACJE ZAWODOWE** | **W JAKIEJ/M DZIEDZINIE/ZAKRESIE** |
| **SPECJALIZACJA W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA / POŁOŻNICTWA** |  |
| **WYKSZTAŁCENIE WYŻSZE PIELĘGNIARSKIE / POŁOŻNICZE** |  |

\*wpisać jeżeli dotyczy

……………………………………

***(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)***

**II. OFERTA CENOWA I DOSTĘPNOŚCI:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres świadczeń zdrowotnych** | **Minimalna liczba godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonywanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego**  | **Udzielanie świadczeń zdrowotnych - stawka brutto za 1 h\*** |
| 1 | Udzielanie świadczeń zdrowotnych (stawka za 1 godzinę̨)  | ……………………….. godz. miesięcznie | …………………………………. zł brutto/godz.………………………………………………….  (słownie) |

\*stawka bez uwzględnienia dodatków wynikających z treści załącznika nr 2 i 3 do SWKO

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie
i zgodnie z opisem w tabeli (za jedną godzinę świadczenia usługi).
2. Wynagrodzenie powinno zostać podane w złotych polskich cyfrowo.
3. Podane wynagrodzenie – stawka za godzinę ulegnie zwiększeniu, zgodnie z załącznikiem nr 2 i 3 do SWKO.

**Preferowana jednostka organizacyjna u Udzielającego Zamówienia**:

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

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

 ***(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)***

**III. OŚWIADCZENIE OFERENTA \***

Oświadczam, że :

* 1. **Zapoznałam/em się** z treścią̨ ogłoszenia o konkursie oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert
	i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń dotyczących ww. dokumentów;
	2. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia;
	3. **zapoznałam/em się** z projektem umowy i akceptuje warunki w niej zawarte;
	4. wykonam świadczenia wymienione w ofercie zgodnie z przepisami prawa, aktualną wiedzą medyczną i treścią umowy zawartej z udzielającym zamówienia;
	5. **dotychczas wykonywałam/em / nie wykonywałem/łam\*** na rzecz Udzielającego zamówienie takie same świadczenia zdrowotne jakich dotyczy składana oferta, w związku z powyższym oświadczam, że dokumenty wymienione w cz. IV Formularza Ofertowego znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienie i są aktualne;
	6. **posiadam** ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej / **zawrę\*** umowę o odpowiedzialności cywilnej na warunkach wskazanych w projekcie umowy;
	7. **nie jestem zawieszona/y w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona/y w wykonywaniu określnych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych;**
	8. nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym;
	9. nie mam przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;
	10. samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em;
	11. zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii następujących dokumentów:
* potwierdzających ukończenie kursu BHP,
* stosownych zaświadczeń lekarskich,
* dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy o działalności leczniczej;
* **nie świadczę pracy** w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Kartuzach na podstawie stosunku pracy. Oświadczam, że posiadam wiedzę, że nie można świadczyć usług jednocześnie na podstawie umowy o pracę.

\* niepotrzebne skreślić

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

***(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)***

**IV. W CELU UZNANIA, ŻE OFERTA SPEŁNIA WYMAGANE WARUNKI, OFERENT DOŁĄCZA DO OFERTY NASTEPUJĄCE DOKUMENTY\*\***

(na podstawie części V SWKO):

1) kserokopie (na żądanie udzielającego zamówienia oryginały) dokumentów potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu **(dyplom, stopnie i tytuły naukowe, potwierdzenie ukończenia kursów, dyplomy specjalizacji, potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji,** itd.)\*\*,

2) pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez pełnomocnika upoważnionego do występowania w imieniu Oferenta\*\*,

3) inne, dodatkowo składane przez oferenta: ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**\*\* nie dotyczy** jeżeli Udzielającemu Zamówienia dostarczono wymagane dokumenty z racji realizacji wcześniej zawartych umów z Oferentem

 ……………………………………………

***(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)***