

O F E R T A
na udzielanie usług w ramach kontraktu przez technika sterylizacji medycznej na rzecz 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)

.....

Telefon do kontaktu:

			-			-			
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--

Adres e mail :

.....

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:

.....

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (nr NIP):

.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zawód:

.....

Nr prawa wykonywania zawodu:

.....

II. OFERTA CENOWA I DOSTĘPNOŚCI:

Nazwa świadczenia zdrowotnego	Minimalna liczba godzin w stosunku miesięcznym przeznaczona na wykonywanie usług będących przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego	Stawka brutto za 1 godzinę usług
Wykonywanie usług technika sterylizacji medycznej godz. miesięczniezł brutto/godz. (słownie)

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.

Preferowana jednostka organizacyjna u Udzielającego Zamówienia

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

III. OŚWIADCZENIE OFERENTA *

Oświadczam, że :

1. **Zapoznałem/am** się z treścią 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. **zapoznałem/am** się z projektem umowy i akceptuję 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. nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym;
6. samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em;
7. **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 w tym samym zakresie.
8. **posiadam** ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej* / **zawrę** umowę o odpowiedzialności cywilnej* na warunkach wskazanych w projekcie umowy;
9. **dotychczas wykonywałem/em** / **nie wykonywałem/lam*** 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.
10. zobowiązuję się do dostarczenia do dnia 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 wraz z dowodem zapłaty;

* **niepotrzebne skreślić**

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

IV. W CELU UZNANIA, ŻE OFERTA SPEŁNIA WYMAGANE WARUNKI, OFERENT DOŁĄCZA DO OFERTY NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY ** (na podstawie części VI SWKO):

- 1) kserokopie (na żądanie udzielającego zamówienia oryginały) dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe,
- 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)