Załącznik nr 1 do SWKO

Formularz ofertowy

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Sprawa nr 01/10/PIELĘGNIARKA/2025

**I Dane dotyczące Przyjmującego zamówienie:**

Nazwa Przyjmującego Zamówienie

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres siedziby praktyki/działalności gospodarczej………………………………………....................

…………………………………………………………………………………………………………

Adres do korespondencji ( o ile nie pokrywa się z adresem praktyki/działalności gospodarczej)……

…………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………………..

PESEL …………………………………………………………………………………………………

NIP……………………………………………………………………………………………………..

REGON………………………………………………………………………………………………..

Numer telefonu………………………………………………………………………………………...

Adres poczty elektronicznej ………………………………………………………………………….

Numer prawa wykonywania zawodu…………………………………………………………………..

Specjalizacja w dziedzinie …………………………………………………………………………….

Nr dokumentu specjalizacji……………………………………………………………………………

Wykształcenie …………………………………………………………………………………………

Numer wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą……………………………………………………………………………………………….

**II.**W odpowiedzi na zaproszenie do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych oferuję wykonywanie świadczeń na poniższych warunkach:

1. Stawka: …........................….. zł brutto za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych
2. Deklarowana średniomiesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych……... realizowanych w okresie trwania umowy: ……
3. **Okres zawarcia umowy**: …............................................................................................

**III**. Doświadczenie zawodowe w zakresie świadczenia jako pielęgniarka (właściwe pole należy zakreślić krzyżykiem):

* do 5 lat
* od 5 do 10 lat
* powyżej 10 lat

**IV.** Dodatkowe kwalifikacje zawodowe w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta

(posiadane specjalizacje, kursy):

a) …..……………………………………………………………………………..……………………

b) ………………………………………………………………………………………………………

c) ………………………………………………………………………………………………………

**V**. Dokumenty:

Na potwierdzenie spełnienia warunków udziału w konkursie ofert do oferty załączam:

a) ………………………………………………………………………………..…………….……….

b) ………………………………………………………………………………………………………

c) ………………………………………………………………………………………………………

d)……………………………………………………………………………………………………….

e)……………………………………………………………………………………………………….

f) ……………………………………………………………………………………………………….

g)……………………………………………………………………………………………………….

Załącznik nr 2 do SWKO

Wymagane dokumenty

Formularz ofertowy powinien zawierać zastępujące dokumenty

1. Aktualny odpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG)- jeśli dotyczy
2. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) – jeśli dotyczy.
3. Kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL), jeśli dotyczy.
4. Kserokopia dyplomu ukończenia szkoły, prawa wykonywania zawodu, kserokopia innych dokumentów potwierdzających dodatkowe kwalifikacje zawodowe i uprawnienia zawodowe (w tym specjalizacje, stopnie i tytuły naukowe lub dokument potwierdzający odbywanie specjalizacji lub innej formy kształcenia podyplomowego).
5. Ankieta doświadczenia zawodowego.
6. kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielanie świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania konkursowego na okres obowiązywania umowy. Oferent może złożyć oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy i zostanie przedłożona w dniu podpisania umowy;
7. zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie bhp adekwatnego dla swojej grupy zawodowej, którą reprezentuje i której charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
8. orzeczenie lekarskie o spełnieniu wymagań zdrowotnych przewidzianych dla osób udzielających świadczeń zdrowotnych od lekarza medycyny pracy w tym również orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych lub oświadczenie, że zaświadczenia/ orzeczenia lekarskie zostaną dostarczone w dniu podpisania umowy.
9. Informacja z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym
10. Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego

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

**(podpis i pieczęć Oferenta)**

Załącznik nr 3 do SWKO

**Oświadczenie**

1. zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia.
2. zapoznałem/am się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi - nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. zapoznałem/am się z propozycją umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne - nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywana zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów.
6. nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
7. nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu.
8. posiadam kwalifikacje zawodowe i uprawnienia odpowiadające rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem zamówienia.
9. w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
10. nie będę prowadził działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienia w czasie wyznaczonym na realizację zadań objętych przedmiotem umowy
11. wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych, w tym danych dotyczących karalności zgodnie z ustawą dnia 10 grudnia 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 poz.1000) w celu udziału w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie.

………………………………...

**(data i podpis Oferenta)**

**Oświadczam, że w ostatnich pięciu latach:**

* nie było i aktualnie nie jest prowadzone przeciwko mnie postępowanie o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego,
* nie zostałem/am ukarany/a przez sąd dyscyplinarny,
* przeciwko mnie nie toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej,
* przeciwko mnie nie jest wszczęte postępowanie mogące skutkować zawieszeniem prawa wykonywania zawodu.

………………………………...

**(data i podpis Oferenta)**