

do Szczegółowych warunków konkursu ofert

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii, pl. Hirszfelda 12, składam niniejszą ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu **opieki pielęgniarskiej świadczonej przez pielęgniarki na oddziałach szpitalnych o profilu pulmonologicznym, internistycznym i Izbie Przyjęć**

DANE O OFERENCIE:

Nazwa oferenta (zgodnie z rejestrem), **dokładny adres siedziby**

.....

Numer NIP.....

Numer REGON

Numer telefonu kontaktowego

Adres e-mail

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Numer wpisu do rejestru indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego

.....

- Proponuję zawarcie umowy na okres od dnia podpisania umowy do 30.06.2025r.
- Kwalifikacje zawodowe oferenta lub personelu, przy udziale którego będą udzielane świadczenia zdrowotne:

- Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych (nie dotyczy wezwań)

- Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu godzin udzielania świadczeń zdrowotnych, ustalonych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie.
- Proponowana kwota brutto należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych – stawka:

Lp.	Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Cena PLN BRUTTO / 1h	Preferowane miejsce pracy /lokalizacja
1.	dyżur od pon.-pt, dni zwykłe, wolne i święta		Ul. Grabiszyńska 105
ŁĄCZNIE BRUTTO:			

* w kolumnie lokalizacja zaznaczamy X przy preferowanym miejscu udzielania świadczeń – jeżeli dotyczy

- Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

.....
(nazwa banku i nr konta)

7. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
8. Oświadczam, że zapoznałem się z istotnymi postanowieniami, które zostaną wprowadzone do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i wyrażam zgodę na zawarcie umowy zgodnie z tymi warunkami w przypadku wybrania mojej oferty.
9. Oświadczam, że posiadam odpowiednie (zgodnie z warunkami Konkursu) kwalifikacje i uprawnienia lub posiadam personel z odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami do udzielania świadczeń objętych konkursem ofert, wynikającymi z obowiązujących przepisów prawa.
10. **Oświadczam, że nie figuruję w Rejestrze KRK w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j.: Dz. U. z 2023 r., poz. 1939 z późn. zm.) lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.**
11. Do niniejszej oferty załączam wymagane w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO) dokumenty i oświadczenia jako załączniki:
 - a. kopię dokumentu wydanego przez właściwy organ stwierdzający wpis do właściwego rejestru (KRS – jeśli dotyczy, zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej „CEIDG” – jeśli dotyczy),
 - b. kopię umowy spółki cywilnej lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienia o zasadach reprezentacji spółki – w przypadku podmiotu leczniczego, dla którego organem założycielskim jest spółka cywilna – jeśli dotyczy,
 - c. kopie dokumentów stwierdzających posiadanie wymaganych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:

osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem ofert, zgodnie z Warunkami Szczegółowymi Konkursu Ofert:

 1. osoby posiadające tytuł Licencjata Pielęgniarstwa
 2. osoby posiadające prawo wykonywania zawodu pielęgniarki
 3. Doświadczenie w asystowaniu do zabiegów diagnostycznych z zakresu urologii-
minimum 3 lata
 - d. **certyfikaty, zaświadczenia, oświadczenia, dyplomy na potwierdzenie kwalifikacji określonych w § 8 ust. 2 SWKO,**
 - e. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich,
 - f. orzeczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza medycyny pracy + zaświadczenie orzekające o braku przeciwwskazań do pracy w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące – jeśli dotyczy;
 - g. dokument potwierdzający uzyskanie nr NIP i REGON – jeśli dotyczy,
 - h. wydruk z księgi rejestrowej – jeśli dotyczy
 - i. kopię polisy ubezpieczeniowej OC
 - j. **informację z KRK w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j.: Dz. U. z 2023 r., poz. 1939 z późn. zm.) lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.**
 - k. pełnomocnictwo w przypadku, gdy oferta sporządzona jest przez pełnomocnika.

Kopie dokumentów, o których mowa powyżej w punktach a-k muszą zostać poświadczone „Za zgodność z oryginałem” przez oferenta lub notarialnie; w przypadku podpisywania umowy, jeśli nie będą poświadczane notarialnie, dokumenty te winny być przedstawione Udzielającemu Zamówienia do wglądu w oryginałach.

DATA **PODPIS**