

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
przez personel pielęgniarki na rzecz pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego  
Pabianickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.**

Pełna nazwa oferenta:

.....

Adres zamieszkania oferenta: (województwo, kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

.....

Adres siedziby oferenta: (województwo, kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

.....

PESEL

.....

Numer telefonu

.....

Adres e-mail

.....

Numer NIP

.....

Numer REGON

.....

Numer prawa wykonywania zawodu: ..... (dołączyć kserokopię)

Numer wpisu do właściwego rejestru: ..... (dołączyć kserokopię)

1. Niniejszym zgłaszam gotowość przystąpienia do konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
2. Niniejszym oświadczam, że:
  - a) zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (SWKO) w przedmiocie konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz uzyskałam/łem wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty,
  - b) posiadam niezbędne uprawnienia do wykonywania świadczenia, dysponuję niezbędną wiedzą, doświadczeniem oraz jestem zdolny do wykonywania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych – zgodnie z warunkami konkursu oraz obowiązującymi przepisami,

- c) wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty,
- d) czuję się związana/y niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO,
- e) zapoznałam/łem się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 2/2a do SWKO i akceptuję je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,
- f) zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych,
- g) nie zostałam/łem skazana/y za przestępstwo umyślne ani nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie karne za przestępstwo umyślne,
- h) posiadam obowiązkowe ubezpieczenie z tytułu odpowiedzialności cywilnej, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- i) wyrażam zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**3. Proponuję następującą cenę na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu ofert, obowiązujące w okresie obowiązywania umowy.**

Miejsce udzielania świadczeń	Szacowana liczba godzin miesięcznie	Oferowana liczba godzin miesięcznie	Oferowana cena jednostkowa za godzinę udzielanych świadczeń
Szpitalny Oddział Ratunkowy	1 100	.....h	..... zł/h

**4. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji przedmiotu zamówienia w zakresie:**

- w dni powszednie: w godzinach od 7:00 do 19:00 lub w godzinach od 19:00 do 7:00
- w dni powszednie: od 7:00 do 19:00 lub w godzinach od 19:00 do 7:00 oraz w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach 7:00-7:00 następnego dnia

**(we właściwym polu  należy wpisać X)**

5. Zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem:  
**tak / nie** (*niepotrzebne skreślić*).
6. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji umowy przez cały okres jej trwania: **tak / nie** (*niepotrzebne skreślić*).
7. Posiadam ..... – **letnie doświadczenie** w udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania (*należy wypełnić puste pole*)

**Zastrzega się możliwość wykonania większej lub mniejszej ilości zamówionych godzin udzielania świadczeń w zależności od potrzeb tj. zgłaszalności pacjentów lub obciążenia w oddziałach.**

#### **7. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. podpisana klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych stanowiący załącznik nr 3 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert,
2. kserokopia dyplomu ukończenia studiów wyższych i stosowne zaświadczenie lub inny dokument uprawniający do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie postępowania konkursowego poświadczony przez siebie za zgodność z oryginałem,
3. inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje (specjalizacje, kursy itp.) w formie kserokopii poświadczony przez siebie za zgodność z oryginałem,
4. Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności z zakresu danych o skazaniu za przestępstwa na tle seksualnym.
5. odpis z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej (jeżeli dotyczy);
6. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
7. aktualne zaświadczenie o odbytych szkoleniach BHP lub oświadczenie, że dokument ten zostanie dostarczony przed podpisaniem umowy,
8. orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku, o które ubiega się oferent wystawione przez lekarza medycyny pracy lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
9. W przypadku gdy Udzielający Zamówienie w swojej dokumentacji posiada już któryś z wymienionych w wymogach formalnych aktualny dokument, Przyjmujący Zamówienie

zobowiązany jest do przedłożenia oświadczenia o tym, iż *wymagane dokumenty*... (wymienić które) *nie uległy zmianie i znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia.*

**Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.**

**Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.**

.....  
Podpis Oferenta

## KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

w Pabianickim Centrum Medycznym Sp. z o.o.

ul. Jana Pawła II 68, 95-200 Pabianice

1. Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych w postępowaniu konkursowym **na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel pielęgniarki na rzecz pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Pabianickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.**
2. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o zasadach przetwarzania moich danych osobowych, przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych, możliwości ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia skargi organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (w przypadku gdy uznam iż podane przeze mnie dane osobowe nie są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).
3. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych.

.....  
**Podpis Oferenta**