

.....
(Pieczęć Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa praktyki

(w przypadku innych podmiotów proszę o podanie nazwy placówki, adresu siedziby, danych dotyczących placówki, personelu medycznego, liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających świadczeń): *

I. **Imię i nazwisko:**

.....

Adres:

ul.

kod miejscowość

Telefon: , adres e-mail.....

NIP..... REGON PESEL:

Nr prawa wykonywania zawodu: (dołączyć kserokopię)

Nr wpisu do właściwego rejestru: (dołączyć kserokopię)

Nazwa organu, który dokonał wpisu:

Posiadam tytuł specjalisty (dołączyć kserokopię):

.....

II. Oferuję udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych - czynności pielęgniarских (wypełnić tylko tą część, na którą Oferent składa ofertę):

1) Część I

Na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii na warunkach:

Proponowana cena świadczenia :

- za udzielenie świadczeń pielęgniarских na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii-..... zł za godzinę.

2) Część II

Na Bloku Operacyjnym na warunkach:

Proponowana cena świadczenia :

- za udzielenie świadczeń pielęgniarских na Bloku Operacyjnym-..... zł za godzinę.

3) Część III

W Poradni Leczenie Bólu na warunkach:

Proponowana cena świadczenia :

- za udzielenie świadczeń pielęgniarских w Poradni Leczenia Bólu-..... zł za godzinę.

4) Część IV

4. W Poradni Rehabilitacyjnej na warunkach:

- za udzielenie świadczeń pielęgniarских w Poradni Rehabilitacyjnej-
..... zł za godzinę.

**Wskazane przez Oferenta w formularzu ofertowym dni i godziny udzielania świadczeń medycznych stanowią propozycję.
Zamawiający przed zawarciem umowy ustali dni i godziny udzielania świadczeń z wybranymi Oferentami.*

Wykaz personelu (jeżeli świadczenie będą świadczone przez większą ilość osób)

L.p.	Imię i nazwisko	Nr wykonywania zawodu	Specjalizacja (nazwa i stopień)
1.			
2.			
3.			
4.			

5. Zobowiązuję się udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem – **tak/nie**

6. Posiadam doświadczenie zawodowe (podkreślić właściwe):

- poniżej 2 lata,
- powyżej 2 lata

7. Będę realizować świadczenia przez cały okres obowiązywania umowy.

.....
Data i podpis

**OŚWIADCZENIE OFERENTA LUB PEŁNOMOCNIKA OFERENTA
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
konkursowym na udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych
w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Poradni Leczeni Bólu, Poradni
Anestezjologicznej na rzecz pacjentów Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno –
Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka**

Imię i Nazwisko / Nazwa Oferenta ubiegającego się o udzielenie zamówienia:

Adres Oferenta:

Składając ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych, zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z poniższymi warunkami:

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności objętych niniejszym zamówieniem, określone w przepisach obowiązującego prawa.
2. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego.
3. Oświadczam, że wzór umowy, stanowiący załącznik do warunków konkursu został przeze mnie zaakceptowany. Zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy na określonych w projekcie umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam, że spełniam wymagania kwalifikacyjne określone w przepisach prawnych właściwych dla zakresu świadczeń, o które się ubiegam (właściwe zaznaczyć): anestezjologia i intensywna terapia, pielęgniarские świadczenia zdrowotne na Bloku Operacyjnym, leczenie bólu – w zakresie tych świadczeń spełniam wymagania wynikające z ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2011, nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych, rehabilitacja lecznicza – w zakresie tych świadczeń spełniam wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013, poz. 1522, ze zm.). Oświadczam, że wszystkie moje kwalifikacje są aktualne i zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.
5. Zobowiązuję się, że w razie wybrania mojej oferty przed przystąpieniem do wykonywania pierwszej czynności na rzecz Zamawiającego, ubezpieczę się od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. 2020 r., nr 295) i zobowiązuje się do utrzymania tego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
6. Wyrażam zgodę na wykorzystanie informacji złożonych w ofercie, wymaganych do złożenia oferty w postępowaniu prowadzonym przez NFZ w celu uzyskania kontraktu z MOW NFZ na świadczenia zdrowotne w zakresie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych.
7. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

.....
Data i podpis
Oferenta