

**FORMULARZ OFERTY**

**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): \*

.....

**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):**

.....

Oferuję udzielanie pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych (czynności pielęgniarskich) z obowiązującymi warunkami:

**1. Na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii na warunkach**

**Proponowana cena świadczenia:**

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

Dzień ..... godzina: od ..... do .....

Dzień ..... godzina: od ..... do .....

Dzień ..... godzina: od ..... do .....

\* 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.   |                 |                       |                                 |

.....

*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 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 określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 465 z późn. zm.).
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 zobowiązuję 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 rehabilitacji leczniczej.
7. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

.....  
*Data i podpis  
Oferenta*