

FORMULARZ OFERTOWY

I. Oznaczenie Oferenta:

.....

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:

II. Poniżej należy wpisać stawki brutto w polskich złotych.

za realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze pielęgniarki/ pielęgniarza w ramach Oddziału Chirurgii Urazowej, Ortopedii i Rehabilitacji:

Stawka: zł/h brutto (słownie: zł)

III. Oświadczam, iż:

1. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe w zakresie znieczuleń przy wykonywaniu zabiegów.
2. Posiadam tytuł specjalisty w zakresie: **tak / nie** (*niepotrzebne skreślić*)
3. Zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem: **tak / nie** (*niepotrzebne skreślić*)
4. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji umowy przez cały okres jej trwania: **tak / nie** (*niepotrzebne skreślić*)
5. Posiadam umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mi na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych na Oddziale Chirurgii Urazowej, Ortopedii i Rehabilitacji, Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Poradni Leczenia Bólu, Poradni Anestezjologicznej (*niepotrzebne skreślić*) oraz w innych medycznych komórkach organizacyjnych zgodnie z profilem udzielanych świadczeń w Szpitalu: **tak / nie** (*niepotrzebne skreślić*)

** Zamawiający przed zawarciem umowy ustali dni i godziny udzielania świadczeń z wybranymi Oferentami.*

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

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

.....
data

.....
Podpis (imię i nazwisko) Oferenta

Oświadczenie Oferenta

Niniejszym, oświadczam, że:

- 1) Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz projektem umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
- 2) Oświadczam, iż jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi.
- 3) Oświadczam, iż posiadam niezbędne uprawnienia do wykonywania świadczenia, dysponuję niezbędną wiedzą, doświadczeniem oraz jestem zdolny do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych - zgodnie z warunkami konkursu oraz obowiązującymi przepisami.
- 4) Świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 k.k. (podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy) oświadczam, że nie byłem/am karany/a za przestępstwa popełnione umyślnie czy nieumyślnie i nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.
- 5) Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie z tytułu odpowiedzialności cywilnej, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- 6) Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert.
- 7) Oświadczam, iż pozostaję w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia
- 8) Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy.
- 9) Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.

.....
data

.....
podpis (imię i nazwisko) Oferenta