Załącznik nr 1 konkursu
Znak sprawy: A.I.4250.10.2026

……
(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 pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych - czynności pielęgniarskich (*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 pielęgniarskich na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii-……. zł za godzinę, przy średnim miesięcznym wymiarze 120 godzin pracy jednej pielęgniarki/pielęgniarza.

2) Część II

Na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii na warunkach:
Proponowana cena świadczenia:

- za udzielenie świadczeń pielęgniarskich na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii-……. zł za godzinę, przy średnim miesięcznym wymiarze 60 godzin pracy jednej pielęgniarki/pielęgniarza.

3) Część III

Na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii na warunkach:

Proponowana cena świadczenia:

- za udzielenie świadczeń pielęgniarskich na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii-……. zł za godzinę, przy średnim miesięcznym wymiarze 60 godzin pracy jednej pielęgniarki/pielęgniarza.

4) Część IV

Na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii na warunkach:

Proponowana cena świadczenia:

- za udzielenie świadczeń pielęgniarskich na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii-……. zł za godzinę, przy średnim miesięcznym wymiarze 120 godzin pracy jednej pielęgniarki/pielęgniarza.

5) Część V

Na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii na warunkach:

Proponowana cena świadczenia:

- za udzielenie świadczeń pielęgniarskich na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii-……. zł za godzinę, przy średnim miesięcznym wymiarze 60 godzin pracy jednej pielęgniarki/pielęgniarza.

6) Część VI

Na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii na warunkach:

Proponowana cena świadczenia:

- za udzielenie świadczeń pielęgniarskich na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii-……. zł za godzinę, przy średnim miesięcznym wymiarze 60 godzin pracy jednej pielęgniarki/pielęgniarza.

7) Część VII

Na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii na warunkach:

Proponowana cena świadczenia:

- za udzielenie świadczeń pielęgniarskich na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii-……. zł za godzinę, przy średnim miesięcznym wymiarze 120 godzin pracy jednej pielęgniarki/pielęgniarza.

8) Część VIII

Na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii na warunkach:

Proponowana cena świadczenia:

- za udzielenie świadczeń pielęgniarskich na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii-……. zł za godzinę, przy średnim miesięcznym wymiarze 60 godzin pracy jednej pielęgniarki/pielęgniarza.

**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

Załącznik nr 2 do konkursu
Znak sprawy: A.I.4250.10.2026

OŚWIADCZENIE OFERENTA LUB PEŁNOMOCNIKA OFERENTA
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
konkursowym na udzielanie pielęgniarskich 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 kwalifikacyjne określone w przepisach prawnych właściwych dla zakresu świadczeń, o które się ubiegam (właściwe zaznaczyć): anestezjologia i intensywna terapia, pielęgniarskie świadczenia zdrowotne na Bloku Operacyjnym Ortopedycznym – 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 pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych.

7. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

……
Data i podpis
Oferenta