

**OFERTA**  
**na udzielenie świadczeń zdrowotnych**  
**w zakresie usług pielęgniarских w Szpitalu im. Św. Faustyny Kowalskiej**  
W .....  
(wskazać właściwą komórkę organizacyjną/ jednostkę)

**I. DANE OFERENTA**

1. Pełna nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo imię i nazwisko, adres siedziby albo miejsce zamieszkania i adres oferenta (oraz adres do korespondencji jeśli jest inny):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. NIP ..... 3. REGON .....

4. Nr księgi rejestrowej ..... 5. Telefon, mail: .....

**II. PRZEDMIOT OFERTY**

Rodzaj i zakres oferowanego świadczenia	Cena oferty za jedną godzinę zł brutto (kwotowo i słownie)
Świadczenie usług zdrowotnych - pielęgniarских	

**III. Deklaruję gotowość świadczenia usług\*:**

zgodnie z proponowanym harmonogramem:

dzień	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota/Niedziela
w godzinach:						

świadczenie usług medycznych zgodnie z miesięcznym harmonogramem ustalonym wspólnie przez Udzielającego zamówienia i Przyjmującego zamówienie;

\* *zakreślić właściwe*

**IV. WARUNKI OFERTY**

Opisane w pkt. II ceny brutto obejmują wszelkie koszty związane z realizacją umowy na świadczenia zdrowotne, która zostanie zawarta w następstwie rozstrzygnięcia niniejszego konkursu.

Po stronie Udzielającego zamówienia pozostaje odprowadzenie należności z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne (emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe), składek na Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych osób będących jednocześnie pracownikami Udzielającego zamówienia, zatrudnianych przez Przyjmującego zamówienie do realizacji przedmiotu umowy na zasadach określonych w art. 8 ust. 2a ustawy z dnia 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

## V. OŚWIADCZENIE OFERENTA

### Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Prowadzę działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 25.04.2011r. o działalności leczniczej.
3. Zapoznałem się ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz wzorem umowy i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu, a także nie jestem ograniczony/a w wykonywaniu jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych.
5. Zobowiązuję się do podpisania umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
6. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, jak również zgodnie z przyjętymi standardami i wymogami prawnymi, w tym z zachowaniem przepisów sanitarnych, przeciwpożarowych i BHP.
7. Oświadczam, że nie figuruję w Rejestrze sprawców na tle seksualnym.
8. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta, podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości wykonywanych świadczeń zdrowotnych.
9. Zobowiązuję się do użytkowania otrzymanych od udzielającego zamówienia pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego, leków, materiałów medycznych, preparatów diagnostycznych oraz innych środków i sprzętu niezbędnego do udzielania świadczenia zdrowotnego w sposób zgodny z prawem i zasadami używania tego sprzętu i urządzeń.
10. Posiadam polisę ubezpieczenia OC prowadzonej przeze mnie działalności leczniczej oraz zobowiązuję się do kontynuowania tego ubezpieczenia i niezwłocznego przedkładania uwierzytelnionej kserokopii polisy ubezpieczenia OC Udzielającemu zamówienia.
11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb realizacji umowy.
12. Zobowiązuję się do poddania kontroli przez Oddział Wojewódzki NFZ, innych uprawnionych organów oraz Udzielającego zamówienia w zakresie wynikającym z realizacji wykonywanych świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego zamówienia.
13. Zobowiązuję się po podpisaniu umowy dostarczyć aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia BHP oraz aktualne orzeczenie lekarskie o zdolności do realizacji przedmiotu umowy w ZOZ w Łęczycy.
14. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
15. Akceptuję wzór umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz pozostałe wymagania Udzielającego zamówienia, będące przedmiotem postępowania konkursowego.
16. Oświadczam, że dysponuję personelem o udokumentowanych kwalifikacjach zawodowych, pozwalających na realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert (*skreślić ten punkt jeśli nie dotyczy*).

### IV. ZAŁĄCZNIKI (kserokopie poświadczone za zgodność):

1. Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza/ położnej.
2. Dokumenty potwierdzające posiadanie stosownych do zakresu świadczeń zdrowotnych kwalifikacji, tj. specjalizacji z wybranego zakresu medycyny i/lub tytułu naukowego oraz certyfikatów potwierdzających nabycie umiejętności zawodowych,
3. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
4. Polisa ubezpieczeniowa, zgodna z obowiązującymi przepisami w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
5. Zaświadczenie – NIP, REGON, o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (dopuszcza się aktualny wydruk CEIDG).

ADWOKAT  
Maia Anna Kulis-Ejsem

.....  
data

.....  
Podpis i pieczęć Oferenta

**DYREKTOR**  
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łęczycy  
*Lukasz Michalak*  
**lek. Lukasz Michalak**