

.....  
pieczęćka Oferenta

..... dnia .....

## **O F E R T A**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SZPZOZ im. Dzieci Warszawy, w szczególności na Bloku Operacyjnym oraz w innych komórkach organizacyjnych SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie usług pielęgniarских zwanych dalej „świadczenia zdrowotne”.**

**Znak: KOSZ/02/2023**

### **I. DANE OFERENTA**

1. Imię i nazwisko Oferenta

.....

2. Adres zamieszkania z kodem pocztowym

.....

3. tel. .... e-mail .....

4. NIP ..... REGON .....

5. Nr wpisu do rejestru specjalistycznych indywidualnych praktyk pielęgniarских: .....

6. Nr prawa wykonywania zawodu .....

7. PESEL....., Nazwisko Rodowe....., Imię Ojca .....,

Imię Matki....., Data Urodzenia .....

### **II. PRZEDMIOT OFERTY**

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych udzielanie świadczeń w SZPZOZ im. Dzieci Warszawy, w szczególności na Bloku Operacyjnym oraz w innych komórkach organizacyjnych SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie usług pielęgniarских zwanych dalej „świadczenia zdrowotne”, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO, na zasadach określonych w SWKO i umowie, której wzór stanowi załącznik nr 3 do SWKO.
2. Oświadczam, że posiadam wszystkie odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarकि, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz, że prawo do wykonywania zawodu pielęgniarकि nie zostało zawieszone.
3. Oświadczam, że posiadam badania lekarskie, niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz szkolenie w zakresie BHP.
4. Oświadczam, że oferowane świadczenia będą wykonywane przeze mnie osobiście, na poziomie zgodnym z przyjętymi u Zamawiającego standardami oraz z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP.
5. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na upublicznienie moich danych osobowych ( nazwę / firmę lub imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania ) w rozstrzygnięciu konkursu ofert na tablicy ogłoszeń w siedzibie zamawiającego.

### **III. WARTOŚĆ OFERTY**

Oferuję cenę:

- ..... zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym zgodnie z wyznaczonym grafikiem (słownie brutto ..... zł).

#### **IV. ISTOTNE WARUNKI UMOWY**

1. Oświadczam, że akceptuję i nie zgłaszam zastrzeżeń do postanowień zawartych we wzorze umowy, stanowiącym załącznik nr 3 do SWKO i zobowiązuję się do zawarcia umowy na wskazanych warunkach i w terminie określonym przez Zamawiającego.
2. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej lub zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem umowy przed zawarciem umowy. Zobowiązuję się do dostarczenia kopii polisy Zamawiającemu najpóźniej w dniu poprzedzającym zawarcie umowy.
3. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych min. .... **godzin** w miesiącu, w terminach wyznaczonych wg harmonogramu ustalonego przez Zamawiającego.
4. Oświadczam iż posiadam aktualne szkolenie z zakresu przetaczania krwi i jej składników : TAK/NIE\*

#### **V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ogólnymi warunkami umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
2. Termin ważności oferty wynosi 30 dni od terminu składania ofert.

#### **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY \***

1. aktualnego wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarskich/położniczych (zaświadczenie o wpisie lub wydruk ze strony <https://rpwdl.csioz.gov.pl/> nie starsze niż 1 miesiąc przed datą złożenia oferty)
2. aktualnego wpisu do rejestru CEIDG (zaświadczenie o wpisie lub wydruk ze strony [www.ceidg.gov.pl](http://www.ceidg.gov.pl) nie starsze niż 1 miesiąc przed datą złożenia oferty)
3. dyplom
4. prawa wykonywania zawodu
5. dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje i doświadczenia zawodowego, dokumentów potwierdzających wymagany staż pracy, zgodnie z załącznikiem nr. 2 do SWKO
6. aktualnej umowy ubezpieczenia OC lub pisemne zobowiązanie do jej posiadania przez cały okres trwania umowy.
7. aktualnej umowy ubezpieczenia w zakresie profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego ze styczności z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) do której może dojść w trakcie wykonywania czynności zawodowych lub pisemne zobowiązanie do jej posiadania przez cały okres trwania umowy.
8. aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy/zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych lub pisemne zobowiązanie do posiadania go przez cały okres trwania umowy. Orzeczenie lekarskie powinno być wystawione przez lekarza medycyny pracy posiadającego przeszkolenie w jednostce badawczo-rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy w zakresie badań profilaktycznych pracowników narażonych na działanie promieniowania jonizującego o symbolu „J”.
9. aktualnego zaświadczenia o przeszkoleniu BHP, a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetycznego aktualnego zaświadczenie o szkoleniu BHP w zakresie obsługi urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne (tzw. w.cz.), bądź pisemne zobowiązanie do ich posiadania przez cały okres trwania umowy.
10. oświadczenie oferenta o zgodności z oryginałem wszystkich kopii dokumentów złożonych w ofercie.
11. CV

---

*Podpis oferenta lub osoby umocowanej do reprezentowania Oferenta*