



pieczętka Oferenta

_____ dnia _____

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczenia usług pielęgniarских w Izbie Przyjęć SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, zwanych dalej „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/4/2026

I. DANE OFERENTA

1. Imię i nazwisko Oferenta - _____
2. Adres zameldowania - _____
3. Adres do korespondencji - _____
4. Pełna nazwa firmy (zgodnie z CEIDG) - _____
5. Adres wykonywania działalności gospodarczej - _____
6. PESEL _____ NIP _____ REGON _____
7. tel. _____ e-mail _____
8. Posiadane uprawnienia:
Nr dyplomu potwierdzającego ukończenie studiów _____
Nr prawa wykonywania zawodu _____
Specjalizacja: _____

II. PRZEDMIOT OFERTY

Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczenia usług pielęgniarских w Izbie Przyjęć SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, 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.

III. WARTOŚĆ OFERTY

Oferuję cenę:

..... zł brutto za jedną (1) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczenia usług pielęgniarских w Izbie Przyjęć SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym.

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 Udzielającego Zamówienia.
2. Oświadczam, że posiadam wszystkie odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarки/pielęgniарzа, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz, że prawo do wykonywania zawodu pielęgniarки/pielęgniарzа nie zostało zawieszone.
3. Oświadczam, że posiadam aktualne 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 Udzielającego Zamówienia standardami oraz z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP.

5. Oświadczam, że posiadam zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na upublicznienie moich danych osobowych (nazwę/firmę lub imię i nazwisko) w rozstrzygnięciu konkursu ofert na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia.
7. 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 Udzielającemu Zamówienia najpóźniej w dniu poprzedzającym zawarcie umowy.
8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych wg harmonogramu uzgodnionego z Udzielającym Zamówienia.

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. Oświadczam, że w okresie ostatnich pięciu lat poprzedzających termin składania ofert w niniejszym konkursie SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym nie rozwiązał ze mną umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Termin ważności oferty wynosi 30 dni od terminu składania ofert.

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

1. W przypadku indywidualnych lub grupowych praktyk pielęgnarskich - aktualny dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez właściwą Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych wystawione nie wcześniej niż na 6 miesięcy wstecz (zaświadczenie on-line) lub oświadczenie o złożeniu wniosku o wpis.
2. W przypadku Oferentów prowadzących działalność gospodarczą – aktualny wpis lub zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu, wystawiony nie wcześniej niż na 6 miesięcy wstecz (zaświadczenie on-line),
3. Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara,
4. Dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje zawodowe, w tym dyplom zawodowy pielęgniarki/pielęgniara, kursy/specjalizacje,
5. Dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe, zgodnie z Załącznikiem nr 2 do SWKO,
6. Polisę obowiązkowego ubezpieczenia OC lub pisemne zobowiązanie się oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, również w zakresie odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV i WZW na okres ich udzielania, objęte umową ubezpieczenia, kopię polisy należy dostarczyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień zawarcia umowy na udzielanie świadczeń,
7. Aktualne orzeczenie lekarskie wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych, wystawione przez lekarza medycyny pracy oraz aktualne zaświadczenie o szkoleniu w zakresie BHP,
8. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego wystawione nie wcześniej niż na 3 miesiące wstecz,
9. Oświadczenie o zamieszkiwaniu/nie zamieszkiwaniu w ciągu ostatnich 20 lat w krajach, innych niż Rzeczypospolita Polska oraz posiadającym obywatelstwie, zgodnie z załącznikiem nr 4 do SWKO. W przypadku zamieszkiwania/posiadania innego obywatelstwa – informacja z rejestrów karnych tych państw,
10. Oświadczenie oferenta, że kopie złożone w ofercie są zgodne z posiadanymi oryginałami,
11. CV,

Data i podpis Oferenta

^{*)} niepotrzebne skreślić