



_____ dnia _____
pieczętka Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, zwanych dalej „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/23/2026

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 pielęgniarstwa w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej 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 pielęgniarstwa** w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej 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 pielęgniarzki/pielęgniarskiego, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz, że prawo do wykonywania zawodu pielęgniarzki/pielęgniarskiego nie zostało zawieszona.
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 rozwiązałem 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

| L.p. | Rodzaj dokumentu | Dołączono do oferty (zaznaczyć „X”) | |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----|
| | | TAK | NIE |
| 1. | Aktualny wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące | | |
| 2. | Aktualny wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy | | |
| 3. | Kserokopia dyplomu uzyskania tytułu pielęgniarki/pielęgniarsza | | |
| 4. | Kserokopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza | | |
| 5. | Kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe w tym kurs kwalifikacyjny lub specjalizację | | |
| 6. | Aktualna polisa OC | | |
| 7. | Kserokopia aktualnego orzeczenia lekarskiego wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych wystawione przez lekarza medycyny (lekarz z uprawnieniami do wystawiania orzeczeń lekarskich z tzw. „J”), | | |
| 8. | Dokument/zaświadczenie potwierdzające co najmniej 12 miesięczne doświadczenie zawodowe w pracy w charakterze pielęgniarki/pielęgniarsza, | | |
| 8. | Aktualne zaświadczenia o szkoleniu w zakresie BHP, | | |
| 9. | Aktualne zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego (nie starszy niż 3 miesiące), | | |
| 10. | Oświadczenie Oferenta o zamieszkiwaniu w ciągu ostatnich 20 lat poza RP oraz o posiadanym obywatelstwie (załącznika nr 4 do SWKO), | | |
| 11. | Oświadczenie oferenta o zgodności kopii dokumentów z posiadanymi oryginałami, | | |

| | | | |
|-----|-----------------------------------------|--|--|
| 12. | CV, | | |
| 13 | Inne – wymienić jakie | | |

*1) niepotrzebne skreślić

Data i podpis Oferenta