



\_\_\_\_\_  
pieczętka Oferenta

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego w Oddziale Anestezjologii SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, zwanych dalej „świadczenia zdrowotne”.**

**Znak: KOSZ/34/2026**

**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 anestezjologicznego w Oddziale Anestezjologii 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 anestezjologicznego na rzecz 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/pielęgniara, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz, że prawo do wykonywania zawodu pielęgniarzki/pielęgniara 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**

| L.p. | Rodzaj dokumentu                                                                                                                                                                                                                              | Dołączono do oferty<br>(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/pielęgniарza                                                                                                                                                                                 |                                        |     |
| 4.   | Kserokopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniарza                                                                                                                                                                                 |                                        |     |
| 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 Bloku Operacyjnym,                                                                                                                           |                                        |     |
| 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<br>.....<br>..... |  |  |

<sup>\*)</sup> niepotrzebne skreślić

---

*Data i podpis Oferenta*