



pieczęćka Oferenta

dnia _____

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Technika Sterylizacji Medycznej w Centralnej Sterylizatorni na rzecz pacjentów SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, zwanych dalej „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/44/2026

I. DANE OFERENTA

1. Imię i nazwisko Oferenta - _____
2. Adres zamieszkania - _____
3. Adres do korespondencji - _____
4. PESEL _____
5. Nazwa firmy (według wpisu do właściwego rejestru, *jeżeli Oferent prowadzi działalność gospodarczą*)

6. Adres wykonywania działalności gospodarczej (jeżeli dotyczy)

7. NIP _____ REGON _____ (wyłącznie jeżeli nadano)
8. tel. _____ e-mail _____
9. Posiadane uprawnienia:
Nr wpisu do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

II. PRZEDMIOT OFERTY

Oferuję osobiste wykonywanie czynności technik sterylizacji medycznej na rzecz SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w szczególności w Centralnej Sterylizatorni, 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.

Forma wykonywania: ☐ **działalność gospodarcza** ☐ **bez działalności gospodarczej.**

III. WARTOŚĆ OFERTY

Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ilości godzin miesięcznie.

Oferuję cenę:

- zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako Technik Sterylizacji Medycznej w Centralnej Sterylizacji;

Oświadczenie

dotyczące osoby nie prowadzącej działalności gospodarczej:

Oświadczam, że podana stawka brutto stanowi **wynagrodzenie brutto**. Obowiązkowe obciążenia finansowane przez Szpital będą doliczane wyłącznie na potrzeby oceny całkowitego kosztu oferty; Nie zwiększają wynagrodzenia brutto ☐ **Potwierdzam**

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 wymagane kwalifikacje zawodowe oraz aktualny wpis do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego.
3. Oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania świadczeń 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. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń 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 ciągu pięciu (5) lat poprzedzających ogłoszenie tego postępowania Szpital nie rozwiązał ze mną w trybie natychmiastowym, z przyczyn leżących po mojej stronie umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju lub zakresie odpowiadającym temu konkursowi.
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 wpisu do ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) - <i>wyłącznie przedsiębiorca</i>		
2.	Aktualny wydruk wpisu do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego		
3.	Kopia dyplom uzyskania tytułu zawodowego Technika Sterylizacji Medycznej		
4.	Aktualna polisa OC spełniająca SWKO,		
5.	Aktualne orzeczenie lekarskie wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych i zdolności do realizacji świadczeń wystawione przez lekarza medycyny pracy,		
6.	Aktualne zaświadczenia o szkoleniu w zakresie BHP,		
7.	Aktualne zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego (nie starszy niż 3 miesiące),		
8.	Oświadczenie Oferenta o zamieszkiwaniu w ciągu ostatnich 20 lat poza RP oraz o posiadanym obywatelstwie (załącznika nr 4 do SWKO),		
9.	Oświadczenie oferenta o zgodności kopii dokumentów z posiadanymi oryginałami,		
10.	CV,		
11.	Załącznik nr 5 – dane do kalkulacji obowiązkowych kosztów Szpitala (osoba bez działalności gospodarczej)		
12.	Inne – wymienić jakie		

Data i podpis Oferenta

^{*)} niepotrzebne skreślić