Załącznik Nr 2 do Warunków Konkursu Ofert

……….…………dnia …………………

**FORMULARZ** **OFERTOWY (wzór)**

**Konkursu Ofert**

**na wykonywanie zadań pielęgniarskich i innych procedur medycznych przez**

**pielęgniarki**

**w Pracowni Hemodynamiki Szpitala Powiatowego w Myszkowie,**

**ul. Aleja Wolności 29.**

****

Nazwa, dokładny adres *Oferenta:*

*…………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………*

NIP: ..................................................…………….

REGON: ..........................................……………..

Nr KRS/CEIDG: ...............................……………..

Nr Księgi Rejestrowej: …………………………….

Nr konta bankowego: .....................................................................................................

Tel. kontaktowy: ……………………………………

**Za realizację zamówienia oferuję należność w wysokości:**

* + **za udzielanie świadczeń ……….. zł brutto za 1 godzinę.**

 koszt dojazdu do miejsca udzielania świadczeń, tj.: do Szpitala Powiatowego w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29 ponosi *Przyjmujący Zamówienie.*

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z przepisami art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. z 2018r., poz. 2190).
2. Oświadczamy, że posiadamy odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje

niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy zgodnie z Ustawą o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011r. (tekst jedn. z 2018r. poz. 123), (dołączamy do oferty potwierdzone za zgodność z oryginałem, kserokopie wymaganych dokumentów).

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na

świadczenia zdrowotne dla Szpitala Powiatowego w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29, którą akceptujemy.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Regulaminu Konkursu Ofert , którą akceptujemy.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związaną/ego niniejszą ofertą na czas wskazany w Regulaminie Konkursu Ofert, tj.: 30 dni od terminu upływu terminu składania ofert.
3. Oświadczamy, że spełniamy wszystkie warunki udziału w postępowaniu i nie podlegamy wykluczeniu z postępowania.
4. Oświadczamy, że zawarte w Regulaminie Konkursu Ofert projekty umów zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umów na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez *Udzielającego zamówienia*.
5. Oświadczamy, że w przypadku gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, będziemy kontynuowali ubezpieczenie na cały okres umowy.
6. Oświadczam, że w przypadku braku polisy OC na dzień składania ofert, będę posiadał polisę OC najpóźniej w dniu podpisania umowy.
7. Załączamy do oferty wykaz personelu udzielającego świadczeń pielęgniarskich, wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1.
8. Ofertę niniejszą składamy na ……….. kolejno ponumerowanych stronach.

….……………………………

Podpis, pieczątka Oferenta

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH** |  |  |  | ***Załącznik nr 1do Formularza Ofertowego*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Nazwisko** | **PESEL** | **Nr** | **Data wydania** | **Nr prawa** | **Organ** | **Stopień** | **Wymiar** |  |  | **Wykształcenie\*** | **Kompetencje wraz** |
|  | **i imię** |  | **dyplomu** | **dyplomu** | **wykonywania** | **wydający** | **specjalności** | **zatrudnienia** |  |  | **:** | **z datą ich** |
|  |  |  |  |  | **zawodu** | **prawo** | **i data** | **w wymiarze** |  |  | **1) wyższe** | **uzyskania/** |
|  |  |  |  |  |  | **wykonywania** | **uzyskania** | **tygodniowym** |  |  | **medyczne –** |  |
|  |  |  |  |  |  | **zawodu i data** | **specjalności** | **i miesięcznym** |  |  | **tytuł magistra;** | **Doświadczenie** |
|  |  |  |  |  |  | **wydania** |  |  |  |  | **2) wyższe** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **medyczne –** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **tytuł licencjata;** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **3) wyższe;** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **4) średnie;** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **5) wyższe –** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **tytuł magistra** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **6) wyższe –** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **tytuł licencjata** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ***\*zaznaczyć*** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ***prawidłowe*** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

………………….. data …………2019r. Podpis, pieczątka Oferent