

Wałbrzych dnia .....

*Załącznik nr 3 do Zarządzenia  
Dyrektora Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda  
Sokołowskiego w Wałbrzychu nr 36/2022  
z dnia 07.03.2022 r.*

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego  
ul. Sokołowskiego 4,  
58-309 Wałbrzych**

**O F E R T A**

**na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych**

Nawiązując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, polegających na wykonywaniu usług medycznych w zakresie przyjęcia obowiązków na świadczenia zdrowotne w ramach umowy cywilnoprawnej (kontrakt) pacjentom objętym opieką medyczną w oddziałach, pracowniach i poradniach szpitalnych, składam ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Zawód .....

Nr prawa wykonywania zawodu .....

Specjalizacja w zakresie .....

Numer dokumentu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty .....

Numer wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarskich prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych .....

NIP ..... REGON .....

Nr telefonu ..... adres e-mail .....

Adres zamieszkania .....

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) .....

Zarejestrowany adres Podmiotu Leczniczego .....

**Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie .....**

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, SWKO oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Specjalistycznym Szpitalu im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Prowadzi indywidualną, indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarską wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez ORPiP zgodnie z danymi wymienionymi na wstępie niniejszej oferty.
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości ..... (potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia dokumentu stanowi załącznik do oferty).
6. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami złożonymi wraz z ofertą.

7. Proponuje liczbę godzin świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach:
- 1) od 07.00 do 14.35 .....
  - 2) od 07.25 do 15.00 .....
8. Proponuje ilość dyżurów medycznych:
- 1) w dni powszednie do 16 godz. 25 min. ....
  - 2) w soboty, niedziele i święta do 24 godz. ....
9. Proponuje wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą ofertą w wysokości ..... złotych brutto,
- (słownie: ..... złotych).
10. Proponuje wynagrodzenie za badanie w wysokości ..... złotych brutto
- (słownie: ..... złotych).

**Oferent oświadcza także, że:**

- bezwarunkowo akceptuje wzór umowy i w przypadku przyjęcia oferty przez Udzielającego zamówienia, zobowiązuje się do podpisania umowy o treści jak w załączniku do Zarządzenia nr 36/2022 z dnia 07.03.2022 r.
- prowadzona indywidualna praktyka nie jest w stanie upadłości,
- jest/nie jest płatnikiem podatku VAT,
- akceptuje warunki płatności,
- utrzyma cenę ofertową przez okres obowiązywania umowy,
- zapoznał się ze standardami ISO 9001:2015 dotyczącymi przedmiotu konkursu ofert i zobowiązuje się do realizowania umowy z zachowaniem tych standardów;
- utrzyma wysokość ubezpieczenia (polisa OC) przez cały okres trwania umowy.

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. Poświadczony **aktualny** wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej CEIDG.
2. Poświadczona kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez ORPiP.
3. Potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów dotyczących wykonywania zawodu medycznego tj.:
  - dyplom ukończenia szkoły medycznej/studiów medycznych;
  - prawo wykonywania zawodu (wszystkie zapisane strony);
  - dyplom uzyskania tytułu/tytułów specjalisty;
  - certyfikaty i uprawnienia związane z zakresem świadczeń zdrowotnych;
  - inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe.
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
5. Potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy najpóźniej w dniu podpisania umowy.

.....  
(pieczętka i podpis Oferenta)