

FORMULARZ OFERTOWY

dla zamówienia dokonywanego w trybie konkursu ofert
na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej
pn.

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych z aktualnym zapotrzebowaniem
Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza
w Dąbrowie Górniczej ul. Szpitalna 13 w zakresie usług pielęgniarских realizowanych
w Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej**

I. Dane Oferenta:

nazwa

siedziba

adres, nr telefonu,

NIP REGON

dane rejestrowe

II. Udzielający Zamówienia:

Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza
ul. Szpitalna 13, 41-300 Dąbrowa Górnicza

- III.** W oparciu o ogłoszenie konkursowe na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:
Usług pielęgniarских realizowanych w Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (konkurs
Ofert 30/2025) dla Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz.
Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej opublikowane na stronie internetowej Szpitala oraz
na tablicy ogłoszeń ZCO Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie
Górniczej oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie 3 lat obejmujące
wykonywanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem
Udzielającego Zamówienia :
wymiar godzin do dyspozycji w miesiącu –

Miejsce wykonywania świadczeń	Stawka kwotowa za wykonywanie świadczeń w zakresie objętym konkursem
Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna wraz z innymi niezbędnymi świadczeniami realizowanymi w siedzibie ZCO w Dąbrowie Górniczej	 zł brutto - dni robocze za godzinę wykonywania tych świadczeń zł brutto – w soboty , niedziele i dni świąteczne za godzinę wykonywania tych świadczeń

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Ogłoszenia oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że zainteresowałem/am się i uzyskałem/am wszystkie konieczne informacje, niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia będące przedmiotem konkursu.
3. Oświadczam, że uważam się związany/na niniejszą ofertą na czas określony w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert w przedmiocie, którego moja oferta dotyczy, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
5. Oświadczam, że wyrażam gotowość do podjęcia negocjacji w zakresie przedmiotu postępowania konkursowego na wezwanie Udzielającego Zamówienia.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Oświadczam, że spełniam warunek określony w art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
8. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, art. 189 a i art. 207 Kodeksu karnego oraz ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023r. poz. 172 oraz z 2022r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Załączniki:

- 1) dyplom potwierdzający posiadanie kwalifikacji;
- 2) dokument potwierdzający posiadanie uprawnień w zakresie pielęgniarstwa;
- 3) oświadczenie Oferenta o spełnieniu wymagań w zakresie co najmniej dwuletniego doświadczenia w pracy lub dokument potwierdzający to doświadczenie;
- 4) wypis z KRS lub CEIDG;
- 5) polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
- 6) aktualne badania lekarskie;
- 7) zaakceptowany odpowiedni wzór umowy;
- 8) oświadczenie o zapoznaniu się z SWKO;
- 9) zaakceptowana klauzula informacyjna RODO.
- 10) Informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, art. 189 a i art. 207 Kodeksu karnego oraz ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023r. poz. 172 oraz z 2022r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego

.....
(podpis osoby uprawnionej, data)

