

FORMULARZ OFERTOWY

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

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę z aktualnym zapotrzebowaniem
Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza
w Dąbrowie Górniczej ul. Szpitalna 13 w zakresie:
usług pielęgniarskich realizowanych
w ramach 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 pielęgniarskich realizowanych w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej
(Konkurs Ofert 40/2024) dla Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital
Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej opublikowane na stronie
internetowej oraz na tablicy ogłoszeń ZCO Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza
w Dąbrowie Górniczej oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie 3 lat
obejmujące wykonywanie świadczeń medycznych zgodnie z aktualnym
zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia :**

- 1) W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych realizowanych w Nocnej i Świątecznej
Opieki Zdrowotnej: wymiar godzin do dyspozycji w miesiącu –

Miejsce wykonywania świadczeń	Stawka kwotowa za wykonywanie świadczeń w zakresie objętym konkursem, za godzinę świadczenia usług
NiŚOZ wraz z innymi niezbędnymi świadczeniami realizowanymi w siedzibie ZCO	 zł brutto - dni robocze
	 zł brutto - soboty, niedziele i dni świąteczne

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.

Załączniki:

- 1) dyplom potwierdzający posiadanie kwalifikacji;
- 2) aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa (obligatoryjnie kserokopia ze zdjęciem);
- 3) oświadczenie o spełnieniu wymagań w zakresie co najmniej dwuletniego doświadczenia lub dokument potwierdzający to doświadczenie;
- 4) wypis z KRS lub CEIDG;
- 5) polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
- 6) aktualne badania lekarskie;
- 7) zaakceptowany wzór umowy;
- 8) oświadczenie o zapoznaniu się z SWKO;
- 9) zaakceptowana klauzula informacyjna RODO.

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