Załącznik Nr 2

F O R M U L A R Z O F E R T O W Y

dla zamówienia dokonywanego w trybie konkursu ofert
na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej
pn.
Udzielanie świadczeń zdrowotnych
zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem
Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza
w Dąbrowie Górniczej ul. Szpitalna 13
W ZAKRESIE WYKONYWANIA USŁUG PIELĘGNIARSKICH
W ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM

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 wykonywania usług pielęgniarskich w Oddziale Psychiatrycznym (konkurs Ofert 68.2026) dla Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej opublikowane na stronie internetowej Szpitala 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, za godzinę świadczenia usług
Oddział Psychiatryczny wraz z innymi niezbędnymi świadczeniami realizowanymi w siedzibie ZCO w Dąbrowie Górniczej	...……..…. zł brutto - za godzinę wykonywania tych świadczeń w dni robocze ...…….... zł brutto - za godzinę wykonywania tych świadczeń w porze nocnej oraz w 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.

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 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 Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (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.
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 lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

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