

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/9/2018** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na:

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej nad pacjentami od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 08:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta od godz. 08:00 do godz. 08:00 dnia następnego. Przewidywany obszar zabezpieczenia: gminy powiatu sanockiego tj. Sanok – Miasto, Sanok – gmina wiejska, Besko, Bukowsko, Tyrawa Wołoska, Zarszyn z podziałem na zadania:

Zadanie nr 1 świadczenia udzielane w miejscu Udzielającego Zamówienia przez pielęgniarkę posiadającą prawo wykonywania zawodu

Zadanie nr 2 świadczenia udzielane w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy przez pielęgniarkę posiadającą prawo wykonywania zawodu

DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA

Nazwa Oferenta	
REGON	
NIP	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica, nr lokalu	
Telefon kontaktowy	
Wpis do właściwego rejestru (nazwa i numer – jeżeli dotyczy)	
Nr konta bankowego	
Numer prawa wykonywania zawodu	
Specjalizacja	
Informacje dodatkowe	

.....
data

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:

Zadanie nr 1 w miejscu Udzielającego Zamówienia – pielęgniarka:

- proponowana cena brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych- w dni powszednie, od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 08:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy od godz. 08:00 do godz. 08:00 dnia następnego lub od godz. 08:00 do godz. 20:00 i od godz. 20:00 do godz. 08:00 dnia następnego -zł.
(słownie.....);
- deklaruję wiążącą miesięczną ilość godzin.....

Zadanie nr 2 w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy - pielęgniarka:

- Proponowana cena brutto za jedną godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcyzł.
(słownie.....); (dni i godziny jak w zadaniu nr 1)
- deklaruję wiążącą miesięczną ilość godzin.....pozostawania w gotowości do wyjazdów do miejsca zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy,
- deklaruję gotowość do wspomagania pielęgniarki udzielającej świadczeń zdrowotnych w miejscu Udzielającego zamówienia. Miejscem pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń jest miejsce udzielania świadczeń stacjonarnych.

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych od dnia 01.10.2018 r. do dnia 30.09.2020 r.

W załączeniu przedkładam:

1. **Załącznik nr 1** - Oświadczenie nr 1 – w zakresie ZUS , US.
2. **Załącznik nr 2** - Oświadczenie nr 2 – w zakresie BHP, PPOŻ, medycyna pracy
3. **Załącznik nr 3** - Oświadczenie nr 3 – w zakresie stosunku pracy
4. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
5. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
6. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń : prawo wykonywania zawodu, kserokopie dodatkowych kwalifikacji uprawniających do realizacji świadczeń pielęgniarskich – RKO,EKG*
7. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

* w przypadku, gdy Udzielający Zamówienia w swojej dokumentacji posiada już któryś z wyżej wymienionych w pkt. 6 dokumentów(aktualny), Przyjmujący Zamówienie w przypadku jego niezłączenia do oferty zobowiązany jest do przedłożenia oświadczenia o tym, że dokumenty uwzględnione w punkcie 6 nie uległy zmianie, są aktualne i znajdują się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia.

.....
data podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

Niniejszym, oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, postanowieniami zawartymi w SWKO oraz Regulaminem konkursu. Oświadczam, że akceptuję i zobowiązuję się do przestrzegania i wykonywania zapisów zawartych w SWKO, załącznikach i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.
3. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
4. W momencie podpisania umowy dostarczę dokument potwierdzający, że podmiot jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
5. Akceptuję okres obowiązywania umowy. tj. od 01.10.2018r. do 30.09.2020r.
6. Termin płatności wynosi 21 dni od daty wystawienia prawidłowej faktury VAT.

