

.....  
(nazwa i pieczęć oferenta)

### OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/6/2021** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów przez pielęgniarki W Oddziale Dziecięcym Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku**

#### DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA

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

.....  
data

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

**Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:**

Stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w ramach dyżurów w **Oddziale Dziecięcym**:  
..... zł

**W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:**

**a.** W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam ..... letnie doświadczenie zawodowe zgodne z profilem Oddziału lub w dziedzinie pokrewnej.

**b.** Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, kursy, tytuły i stopnie naukowe)  
.....  
.....  
.....  
.....

**c.** W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń w następującym **minimalnym zakresie** (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” lub opisanie w punkcie 4):

1. gotowość do pracy wyłącznie **w dni powszednie** – .....
  2. gotowość do pracy wyłącznie **w soboty, niedziele i dni wolne od pracy** – .....
  3. gotowość do pracy **w dni powszednie , soboty, niedziele i dni wolne od pracy** – .....
  4. inne (określić ) .....
- .....  
.....

**d.** W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. do trzech dni w tygodniu – .....
2. od czterech do siedmiu dni w tygodniu - .....

**Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego Zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkował automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.**

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres minimum 24 miesiące od daty zawarcia umowy lub dłuższy . ....(podać ilość miesięcy)

W załączeniu przedkładam (zaznaczyć właściwe dla podmiotu składającego ofertę) :

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 działalności gospodarczej
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, dyplom specjalizacyjny, kserokopie dodatkowych kwalifikacji, specjalizacji, uprawnień
7. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

.....  
data

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

