

FORMULARZ OFERTOWY

I. IDENTYFIKACJA OFERENTA:

Dane oferenta	
Nazwa	
Adres (+ ew. do korespondencji)	
Telefon	
E-mail	
NIP	
REGON	
PESEL	
PWZ	
imiona rodziców i nazwisko rodowe Oferenta	
Nazwa banku Nr konta bankowego	
Podany rachunek jest wpisany na tzw. „Białej Liście”	☐ wskazany rachunek figuruje na „Białej liście” ☐ wskazany rachunek nie figuruje na „Białej liście” – świadczenia zwolnione z VAT

II. PRZEDMIOT OFERTY:

- a) dla Pakietu I udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/pielęgniara w jednym z Oddziałów lub komórek organizacyjnych Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego Sp ZOZ w Krakowie wyłącznie w ramach stawki za 1 godzinę w dni robocze (od poniedziałku do piątku) w godz. od 6.00 do 18.00, od 18.00 do 6.00 dnia następnego, lub od 7.00 do 19.00, 19.00 do 7.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy pomiędzy godz. 7.00 a 7.00 dnia następnego.
- b) dla Pakietu II udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/pielęgniara w Pracowni Endoskopowej w ramach pracy popołudniowej w dni robocze w godzinach 7-15

III. PROPOZYCJE FINANSOWE OFERENTA:

Poniżej należy wpisać stawki brutto w polskich złotych.

- a) Pakiet I za realizację świadczeń zdrowotnych w:
.....
(nazwa oddziału/komórki w którym oferent będzie realizował udzielanie świadczeń zdrowotnych)

oczekuję należności za świadczenia zwykłe i świąteczne za 1 godzinę zł

- b) Pakiet II za realizację świadczeń zdrowotnych w wymiarze 80 godzin oczekuję należności w wysokości zł miesięcznie

IV. CZAS TRWANIA UMOWY:

od 1 kwietnia 2024 r. do 31 marca 2026 r.

V. MINIMALNA LICZBA UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ

- a) Pakiet I minimalna liczba dni w miesiącu, w których oferent będzie udzielał świadczeń (co najmniej 1)
- b) Pakiet II oferent będzie udzielał świadczeń w wymiarze średniomiesięcznie 80 godzin miesięcznie.

VI. KRYTERIUM KOMPLEKSOWOŚCI

Oferent oświadcza, że posiadał umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mu na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych Udzielającego Zamówienia zgodnie z profilem udzielanych świadczeń w Szpitalu które będą wykonywane zgodnie z wymogami ustaw, zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, rozporządzeń Ministra Zdrowia oraz wewnętrznych przepisów Udzielającego Zamówieni w zakresie przedmiotowych świadczeń i tym samym iż **spełnia/nie spełnia** ¹ kryterium kompleksowości.

¹ należy wybrać właściwe

VII. ZAŁĄCZNIKI

W załączeniu przedkładam ksero dokumentów:

Lp.	Dokumenty	Załączam/nie załączam	Uzupełnię do dnia
1	dypłom ukończenia szkoły w języku polskim		
2	dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza		
3	dypłom specjalizacji/kwalifikacji/ certyfikaty potwierdzające odbyte szkolenia		
4	wpis do księgi rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą		

5	wydruk z CEIDG		
6	orzeczenie lekarskie o zdolności do pracy potwierdzone przez lekarza medycyny pracy		
7	okresowe szkolenie bhp z		
8	badania sanitarno-epidemiologiczne		
9	polisa obowiązkowego ubezpieczenia OC		
10	oświadczenie o co najmniej rocznym doświadczeniu w udzielaniu świadczeń zdrowotnych jako pielęgniarka/pielęgniarz potwierdzone przez Ordynator/Kierownika jednostki/komórki, w której realizowane były przedmiotowe świadczenia lub pracodawcę/podmiot zatrudniający, u którego realizowane były świadczenia		

WYJAŚNIENIE

- oznacza nie załączam

X - oznacza załączam

- oznacza zobowiązuję się uzupełnić do dnia (obok okienka proszę wpisać datę)

VII. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, iż:

1. Oświadczam, że spełniam warunki, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023, poz. 991).
2. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, wykonane na koszt własny i zobowiązuję się do przedłożenia kopii orzeczenia o stanie zdrowia.
3. Oświadczam, że w stawce oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia w tym: koszty badań profilaktycznych, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia.

4. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej;
6. Zobowiązuję się do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń.
7. Posiadam odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania w/w rodzaju świadczeń.
8. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta.
9. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
10. Zobowiązuję się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych.
11. Zobowiązuję się do odbycia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym.
12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
13. Oświadczam iż w chwili składania oferty nie toczy się w krajach Unii Europejskiej oraz państwach trzecich postępowanie o pozbawienie mnie prawa do wykonywania zawodu, ani w żadnym kraju Unii Europejskiej oraz państwach trzecich nie jestem pozbawiony prawa do wykonywania zawodu prawomocnym wyrokiem sądu lub ostateczną decyzją właściwych organów.
14. Oświadczam iż nie jestem osobą skazaną prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo przeciwko zdrowiu i życiu.

.....
Data

.....
Podpis (imię i nazwisko) Oferenta