

**OFERTA**  
**na świadczenie usług medycznych w zakresie pełnienia opieki pielęgniarskiej dla Specjalistycznego**  
**Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej**  
**w Suwałkach**

**DANE O OFERENCIE:**

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
<b>ADRES</b>	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
NIP		
REGON		
Telefon		
Adres do korespondencji e-mail		

Proponowana kwota:

Opieka pielęgniarska ..... zł/godz. brutto

Okres na jaki została złożona oferta .....

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zainteresowałam/em się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówień na świadczenie zdrowotne.
4. Oświadczam, że uważam się związana/y ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. 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.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
7. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Udzielającego zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.
9. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na sumę gwarancyjną w wysokości.....

(Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy. Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość na dzień podpisania umowy lub najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy)\*

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Odpis z KRS lub wydruk/wydruki z CEIDG (w przypadku spółki cywilnej wymaga się przedłożenia dokumentów dotyczących każdego wspólnika, jako przedsiębiorcy).

3. Polisa ubezpieczeniowa odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

4. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe i doświadczenie:

a) dyplom

b) prawo wykonywania zawodu

c) udokumentowanie stażu pracy, minimum roczne doświadczenie w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza z zaznaczeniem specyfiki oddziału.

d) udokumentowanie minimum 5 lat stażu pracy w opiece świadczonej nad pacjentem psychicznie chorym.

5. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia uprawniającym do udzielania świadczeń medycznych dotyczące osób fizycznych, które będą wykonywać świadczenia zdrowotne.

Oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie ważne do dnia .....

6. Wykaz podwykonawców, którym oferent zamierza powierzyć wykonanie świadczeń, zgodnie z warunkami wynikającymi ze wzoru umowy, ze wskazaniem danych rejestrowych podwykonawcy, (jeżeli dotyczy).

Do oferty należy załączyć opisane dokumenty (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez oferenta, oświadczenia w oryginale).

*W przypadku, gdy w dniu składania oferty Udzielający Zamówienie posiada dokumenty, o których mowa w ust. 1-5, a potwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie, oferent może złożyć oświadczenie zgodne ze wzorem określonym w załączniku nr 1 do Formularza oferty.*

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis oferenta)

## Załącznik nr 1 do Formularza oferty

Dane Oferenta:

Nazwa: .....

adres: .....

### OŚWIADCZENIE OFERENTA<sup>1</sup>

Oświadczam, że:

1. Kopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Kopia odpisu z KRS lub wydruk/wydruki z CEIDG (w przypadku spółki cywilnej wymaga się przedłożenia dokumentów dotyczących każdego wspólnika, jako przedsiębiorcy).
3. Kopia polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
4. Kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i doświadczenie:
  - a) dyplom
  - b) prawo wykonywania zawodu
  - d) udokumentowanie stażu pracy, minimum roczne doświadczenie w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza z zaznaczeniem specyfiki oddziału.
5. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia uprawniającym do udzielania świadczeń medycznych dotyczące osób fizycznych, które będą wykonywać świadczenia zdrowotne.

zostały złożone Udzielającemu Zamówienie w Konkursie ofert na świadczenie usług medycznych ogłoszonym w ..... roku, a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć, podpis)

<sup>1</sup> Oferent skreśla dokumenty, których nie ma obowiązku składać, oraz dokumenty, które nie są w posiadaniu Udzielającego Zamówienie.