

....., dnia.....2017 r.

### O F E R T A

**w konkursie ofert na udzielenie zamówienia na wykonywanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych  
w oddziałach zachowawczych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy**

NAZWA OFERENTA: .....

ADRES: .....

NUMER KSIĘGI Z REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

.....

prowadzonego przez .....

NUMER WPISU DO KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO .....

NIP..... REGON.....

Dane kontaktowe: nr tel. ...., nr fax ...., e-mail.....

Składam ofertę na wykonywanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w oddziałach zachowawczych  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy, ul. Iwaszkiewicza 5 i oferuję:

**..... zł brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń**

**Oferowana średniomiesięczna ilość godzin .....**

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych od dnia 21 kwietnia 2017 roku do dnia 31 grudnia 2019 roku. na warunkach przedstawionych w projekcie umowy oraz w szczegółowych warunkach konkursu.

Ponadto oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu oraz projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń co do ich postanowień.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przyjęcie przez Udzielającego zamówienia niniejszej oferty ze zmniejszoną ilością godzin dyżurowych uzależnioną od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia. Takie przyjęcie oferty nie będzie miało wpływu na określoną cenę za 1 godzinę dyżuru.

.....  
(podpis składającego ofertę)

Wykaz załączników do oferty:

- 1) wypełniony formularz ofertowy stanowiący Załącznik nr 4 do Zarządzenia nr 179 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy z dnia 3 lipca 2017 roku.
- 2) wypis z CEIDG/KRS,
- 3) aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy o działalności leczniczej lub zaświadczenie o dokonaniu wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- 4) dokumenty poświadczające wymagane kwalifikacje oferenta: prawo wykonywania zawodu, posiadane tytuły i/lub specjalizacje, zaświadczenia itp.,
- 5) dokumenty poświadczające dodatkowe kwalifikacje oferenta: zaświadczenia potwierdzające odbyte kursy, szkolenia, itp.,
- 6) umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą ( Dz. U. Nr 293 poz. 1729) lub pisemne zobowiązanie oferenta do jej zawarcia, przy czym obowiązek jej zawarcia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej,
- 7) aktualną książeczką zdrowia dla celów sanitarno-epidemiologicznych osób udzielających świadczeń lub zaświadczenie o stanie zdrowia wydane dla celów sanitarno-epidemiologicznych.
- 8) aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych na określonym stanowisku/ w określonym zakresie wydane przez lekarza medycyny pracy,
- 9) oświadczenie oferenta o doświadczeniu zawodowym – załącznik nr 1 do formularza ofertowego
- 10) oświadczenie oferenta o należyтым wykonywaniu świadczeń zdrowotnych – załącznik nr 2 do formularza ofertowego
- 11) oświadczenie osób, którymi się posługuje oferent w celu realizacji świadczeń o gotowości do udzielania świadczeń w ilości wskazanej przez oferenta - załącznik nr 3 do formularza ofertowego.
- 12) oświadczenie oferenta o złożeniu kserokopii dokumentów zgodnych z oryginałami – załącznik nr 4 do formularza ofertowego.

**\* Jeżeli ofertę składa podmiot wykonujący działalność leczniczą winien przedłożyć dokumenty wskazane w pkt 4,5,7,8 dotyczące osób, którymi się posługuje.**

**OŚWIADCZENIE**  
o doświadczeniu zawodowym oferenta lub osób, którymi się posługuje

1. Posiadam doświadczenie zawodowe :\*

L.p.	Okres zatrudnienia /DD.MM.RR/	Miejsce zatrudnienia	Stanowisko

2. Dysponuję personelem medycznym posiadającym następujące doświadczenie zawodowe\*

L.p.	Imię i Nazwisko	Okres zatrudnienia /DD.MM.RR/	Miejsce zatrudnienia	Stanowisko	Średnia miesięczna liczba godzin

.....  
podpis oferent

\*niepotrzebne skreślić

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zobowiązuję się świadczyć usługi na wysokim poziomie, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej, sztuką i etyką zawodu, obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności.

.....  
podpis oferenta\*

**\*Uwaga: W sytuacji wskazania w ofercie personelu, którym będzie się posługiwał oferent przy wykonywaniu zamówienia, obowiązek złożenia oświadczenia dotyczy każdej z tych osób.**

### **OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisana oświadczam, iż wyrażam gotowość do udzielania świadczeń będących przedmiotem konkursu od dnia 9 sierpnia 2017 roku, w ilości godzin wskazanej w ofercie tj. .... .

.....  
podpis oferenta lub osoby, którą się posługuje

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż złożone przeze mnie kserokopie dokumentów są zgodne z treścią oryginałów.

.....  
podpis oferenta