Załącznik nr 1
do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę z zakresu Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Gminnych Ośrodkach Zdrowia należących do SPGZOZ w Bochni, ze szczególnym uwzględnieniem Gminnego Ośrodka Zdrowia w Łapczycy, Gminnego Ośrodka Zdrowia w Łapczycy – Filia w Proszówkach, Filia w Pogwizdowie

FORMULARZ OFERTOWY

1. Oferowane przez Przyjmującego zamówienie świadczenia zdrowotne

.....

.....

2. Oferowane miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych

a) .....

(wpisać lokalizację zgodnie z § 5 Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert)

3. Pełna nazwa Oferenta:

.....

.....

.....

□ prowadzący działalność gospodarczą □ nieprowadzący działalności gospodarczej

(we właściwym okienku wpisać znak X)

4. Numer wpisu do właściwego rejestru – jeśli Oferent posiada:

.....

.....

5. Regon – jeśli Oferent posiada: .....

6. NIP – jeśli Oferent posiada: .....

7. Bank: .....

8. Nr rachunku bankowego: .....

9. Adres prowadzonej działalności gospodarczej – jeśli Oferent posiada

.....

10. Adres do korespondencji:

.....

11. Telefon: ..... **Fax:** .....

12. Nr prawa wykonywania zawodu ..... **data jego uzyskania** .....

13. Kwalifikacje zawodowe

(posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji, dyplomy potwierdzające kwalifikacje wraz z numerem i datą uzyskania uprawnień, certyfikaty potwierdzające kwalifikacje wraz z numerem i datą ich uzyskania):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. Doświadczenie zawodowe:

.....

.....

.....

16. Oferowana dostępność realizacji świadczeń przez Przyjmującego zamówienie

- Poniedziałek godz. od ..... do .....
- Wtorek godz. od ..... do .....
- Środa godz. od ..... do .....
- Czwartek godz. od ..... do .....
- Piątek godz. od ..... do .....

Łącznie oferowana liczba godzin w tygodniu: ....., w miesiącu .....

17. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym i uprawnionym do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w ramach i na zasadach umowy zawartej przez Udzielającego zamówienia z Oddziałem NFZ.

Za wykonywanie w/w świadczeń zdrowotnych oczekuję wynagrodzenia za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w kwocie ..... zł brutto.
(słownie ..... zł brutto)

18. Kopię aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych, potwierdzonych za zgodność z oryginałem załączam do oferty.

.....

data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

OŚWIADCZENIA OFERENTA *

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert - nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że uzyskałem wszystkie konieczne informacje niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
6. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Zobowiązuję się do przedłożenia w dniu zawarcia umowy polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych; określonej w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
8. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
9. Oświadczam, że dane przedstawione w ofercie oraz w niniejszych i załączonych odrębnie oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
10. Oświadczam, że w ramach wykonywanej działalności leczniczej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

.....

data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

* Oferent wykreśla punkty, które go nie dotyczą