**Ozn. postępowania 05/2020 załącznik nr 1.3 do**

**Regulaminu Konkursu**

**SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy**

**ul. Markwarta 4-6**

* 1. **B Y D G O S Z C Z**

# FORMULARZ OFERTOWY

**Oferent winien wypełnić formularz oferty odpowiedni do rodzaju świadczonych usług.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Firma / Imię i nazwisko** | |  |
| **Adres** | **Kod pocztowy** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr domu/mieszkania** |  |
| **REGON** | |  |
| **NIP** | |  |
| **Nr telefonu** | |  |
| **Adres e-mailowy** | |  |

Przystępując do konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych ogłoszonego przez SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy na podstawie Art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020, poz. 295 ze zm.).

**O F E R U J Ę**

**1. Swoje usługi medyczne w :**

|  |
| --- |
| **Zakres nr 3**   1. Pielęgniarka udzielająca świadczeń zdrowotnych w Oddziale Oddziale zachowawczym (Oddział Neurologii, Rehabilitacji Neurologicznej i Leczenia Udarów, Oddział Kardiologiczny z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych, Oddział Geriatrii) …………………………………………………. SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy **……………..zł brutto za 1 godzinę** realizacji świadczeń zdrowotnych. 2. Pielęgniarka ze specjalizacją w dziedzinie odpowiadającej miejscu udzielania świadczeń, udzielająca świadczeń zdrowotnych w Oddziale Oddziale zachowawczym (Oddział Neurologii, Rehabilitacji Neurologicznej i Leczenia Udarów, Oddział Kardiologiczny z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych, Oddział Geriatrii) …………………………………………………. SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy **…………………………..zł brutto za 1 godzinę** realizacji świadczeń zdrowotnych. 3. Pielęgniarka z tytułem magistra pielęgniarstwa ze specjalizacją w dziedzinie odpowiadającej miejscu udzielana świadczeń, udzielająca świadczeń zdrowotnych w Oddziale Oddziale zachowawczym (Oddział Neurologii, Rehabilitacji Neurologicznej i Leczenia Udarów, Oddział Kardiologiczny z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych, Oddział Geriatrii) …………………………………………………. SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy **…………zł brutto** **za 1 godzinę** realizacji świadczeń zdrowotnych w ordynacji dziennej/dyżurze medycznym. |

* + 1. Oświadczam, że:

1. Wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, etyki zawodowej z poszanowaniem praw pacjenta;
2. Kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty, jakie Udzielający zamówienia zobowiązany będzie ponieść w związku z wykonaniem przedmiotowego zamówienia;
3. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie, akceptuję wzór umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.
4. Posiadam uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych
5. Jestem przeszkolona/y w zakresie bhp i p. poż.;
6. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019, poz. 866).
7. Zobowiązuję się do załączenia jej do umowy najpóźniej na dzień przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych;
8. Zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia lekarskiego o objęciu profilaktyczną opieką zdrowotną.
9. Zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia do celów SE
10. Zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia o przeszkoleniu w zakresie EM ( jeśli dotyczy)
11. Zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia o szczepieniu przeciwko WZW typu B.
12. **Do oferty załączam następujące załączniki**: (proszę wymienić wszystkie załączniki załączone do oferty – zgodnie ze stanem faktycznym)
13. Aktualny dokument dopuszczający Wykonawcę do obrotu prawnego (wyciąg z odpowiedniego rejestru sądowego lub wydruk wpisu z systemu CEIDG);
14. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą Bydgoskiej Izby Pielęgniarek i Położnych;
15. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe (Kserokopia dyplomu, prawa wykonywania zawodu, dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej);
16. Kserokopia polisy ubezpieczeniowej OC lub zobowiązanie do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej najpóźniej na dzień przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych;
17. Inne ………………………………………………………..
18. Oferta zawiera …….. stron kolejno ponumerowanych i trwale połączonych.

....................................................

(podpis osoby/osób upoważnionych wraz z jej/ich pieczątkami

Zapoznałem się z zapisami Ustawy " o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz o zmianie niektórych innych ustaw" z dnia 27 października 2006 r.