

Formularz oferty

- I. Instrukcja dla Oferenta :** 1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany, jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczątowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów wymienionych w Rozdziale I ust. 6 MI.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczętą Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone w oryginale do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Zaleca się, aby wszystkie strony Formularza oferty były parafowane przez Oferenta.

II. Dane Oferenta :

Imię i nazwisko pielęgniarki/pielęgniarza											
Rodzaj praktyki pielęgniarskiej						Nr prawa wykonywania zawodu					
Organ prowadzący rejestr (nazwa Izby Pielęgniarek i Położnych)						Nr księgi rejestrowej					
Adres zamieszkania											
Kraj				Miejscowość							
Kod pocztowy				Pocztą							
Ulica				Nr domu				Nr lokalu			
E-mail				telefon				fax			
Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):											
Kraj				Miejscowość							
Kod pocztowy				Pocztą							
Ulica				Nr domu				Nr lokalu			
Działalność gospodarcza											
Firma						Siedziba					
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)						REGON					

III. Proponowana kwota wynagrodzenia i kryteria oceny punktowej:

A) Kryterium CENA (60% oceny, maksymalnie 60 pkt)

Oferuję wykonanie usług objętych przedmiotem konkursu zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych i szczegółowych warunkach konkursu za cenę:

..... zł brutto za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych.

B) Kryterium KWALIFIKACJE (WYKSZTAŁCENIE) (20% oceny, maksymalnie 20 pkt)

L.p.	Uzyskane kwalifikacje	Właściwe zaznaczyć „x”
1.	Dyplom uzyskania średniego wykształcenia pielęgniarskiego	
2.	Dyplom uzyskania tytułu licencjata pielęgniarstwa lub magistra pielęgniarstwa	

Należy zaznaczyć jedną pozycję.

C) Kryterium DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE (20% oceny, maksymalnie 20 pkt)

L.p.	Staż i doświadczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziałach Szpitalnych (etat lub kontrakt) trwający:	Właściwe zaznaczyć „x”
1.	Bez doświadczenia i poniżej 1 roku	
2.	Od 1 roku do 3 lat	
3.	Powyżej 3 lat	

Należy zaznaczyć jedną pozycję. Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy.

IV. Oświadczenia:

1. Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz – nie wnoszę zastrzeżeń.
2. **Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia, w okresie objętym okresem związania ofertą. Przyjmuje do wiadomości, iż w przypadku bezzasadnej odmowy podpisania umowy poniosę wobec Udzielającego zamówienia odpowiedzialność odszkodowawczą z tego tytułu.**

3. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu.
4. Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
5. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
6. Zobowiązuję się do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych przez Udzielającego zamówienia.
7. Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy*.
8. Posiadam ubezpieczenie NNW /zawrę umowę o odpowiedzialności NNW i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy*.
9. Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.
10. Zgłosiłam/-łem swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
11. Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.
12. Oświadczam, że w SPZOZ we Włodawie świadczę pracę/nie świadczę pracy^{*)} na podstawie stosunku pracy w zakresie tożsamym z przedmiotem konkursu. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu, oświadczam, że z chwilą podpisania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę w wniosek o rozwiązanie łączącej mnie z SPZOZ we Włodawie umowy za porozumieniem stron.

V. Deklaruję następującą liczbę godzin udzielania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych w:

..... w wysokości: godzin w miesiącu.
(nazwa komórki organizacyjnej)

Miejscowość data.....

.....
(pieczętka i podpis Przyjmującego zamówienie
lub osoby upoważnionej)

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

* niepotrzebne skreślić

Załączniki:

**Załącznik nr 1 – Oświadczenie - przebieg pracy zawodowej tożsamej z przedmiotem
niniejszego postępowania konkursowego (doświadczenie zawodowe)**