

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

Dane Oferenta:

Kontaktowy e-mail (czytelnie):.....

Kontaktowy nr telefonu:.....

Nazwa oferenta:.....

.....

Adres:.....

.....

Nr NIP:

OŚWIADCZENIA

Przystępując do konkursu ofert **KOD: 2023-PIEL -1 oświadczam, że:**

1. Jestem podmiotem gospodarczym wpisanym do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Jestem podmiotem wymienionym w art. 26 ust. 1. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej mogącym ubiegać się o udzielenie zamówienia na w/w świadczenia zdrowotne, oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj.:
 - a) posiadam uprawnienia do wykonywania działalności oraz czynności objętych zakresem przedmiotu zamówienia, w tym - wykonuję działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia;
 - b) posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia;
 - c) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
3. Przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych przeze mnie wykonywanych, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,

Proszę podać numer księgi praktyki zawodowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą
[<https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/>]

-
4. Wyrażam zgodę na 14 dniowy termin płatności za świadczenia zdrowotne udzielane w okresie realizacji zamówienia, od daty wystawienia Udzielającemu zamówienia właściwego rachunku,
 5. Uważam się za związanego/ą złożoną ofertą do upływu terminu wskazanego w szczegółowych warunkach konkursu ofert,
 6. Zapoznałem/am się z wymaganiami, treścią ogłoszenia o konkursie, warunkami postępowania konkursowego oraz warunkami realizacji zamówienia określonymi w SWKO, załącznikach i projekcie umowy, przyjmuję je bez zastrzeżeń, a w razie wybrania mojej oferty zobowiązuje się do zawarcia umowy w terminie i na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia,
 7. Wszystkie składające się na ofertę dokumenty, w tym oświadczenia, przedstawiają stan prawny i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty,
 8. Wszystkie załączone dokumenty stanowią integralną część mojej oferty,
 9. W przypadku nie złożenia w postępowaniu konkursowym kopii dokumentu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (np. polisy) zobowiązuje się do dostarczenia takiego dokumentu do Udzielającego zamówienia po wygraniu przez Oferenta postępowania konkursowego.
 10. Zobowiązuje się do kontynuowania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres realizacji zamówienia.

....., dnia

/miejscowość/

.....
/pieczętka i podpis osoby uprawnionej/



.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

Przystępując do konkursu ofert **KOD: 2023-PIEL-1**, oferuję realizację zamówienia na „udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa”:

| | |
|--|--|
| PAKIET I : | Cena świadczenia: |
| udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Oddziale Kardiologii i Kardiologii | Stawka (zł brutto) za jedną godzinę |
| DYSPOZYCYJNOŚĆ OFERENTA (Oferowana ilość godzin w m-cu) | (przy czym min. ilość godz. w miesiącu wynosi 80 godz.) |
| DOŚWIADCZENIE OFERENTA (minimalne doświadczenie – 2 lata) | lat Posiadane doświadczenie |

| | |
|---|--|
| PAKIET II : | Cena świadczenia: |
| udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Izbie Przyjęć | Stawka (zł brutto) za jedną godzinę |
| DYSPOZYCYJNOŚĆ OFERENTA (Oferowana ilość godzin w m-cu) | (przy czym min. ilość godz. w miesiącu wynosi 80 godz.) |
| DOŚWIADCZENIE OFERENTA (minimalne doświadczenie – 2 lata) | lat Posiadane doświadczenie |

| | |
|---|--|
| PAKIET III : | Cena świadczenia: |
| udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Oddziale Medycyny Paliatywnej w warunkach stacjonarnych | Stawka (zł brutto) za jedną godzinę |
| DYSPOZYCYJNOŚĆ OFERENTA (Oferowana ilość godzin w m-cu) | (przy czym min. ilość godz. w miesiącu wynosi 80 godz.) |
| DOŚWIADCZENIE OFERENTA (minimalne doświadczenie – 2 lata) | lat Posiadane doświadczenie |

| PAKIET IV : | Rodzaj świadczenia | Cena świadczenia: |
|--|---|--|
| udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa realizowanych w warunkach domowych w Zespole Domowej Opieki Paliatywnej - Hospicjum Domowym | wizyta zrealizowana w ramach świadczeń hospicjum domowego (wraz z kosztami realizacji świadczenia oraz kosztem dojazdu) | Stawka (zł brutto) za jedną wizytę |
| | pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń | Stawka (zł brutto) za jedną godzinę |
| DOSTĘPNOŚĆ OFERENTA | ilość pacjentów, którą Oferent obejmie jednocześnie opieką | (ilość pacjentów- miesięcznie) |
| DOŚWIADCZENIE OFERENTA (minimalne doświadczenie – 2 lata) | | lat Posiadane doświadczenie |

Oświadczam, że posiadam okres doświadczenia wskazany w formularzu ofertowym.

Składając ofertę, wyrażam gotowość kompleksowej realizacji zamówienia w ramach posiadanych kwalifikacji, zgodnie z projektem umowy stanowiącej załącznik do SWKO.

Wyrażam gotowość do udzielania świadczeń w sposób ciągły, zgodnie z organizacją pracy obowiązującą u Udzielającego zamówienie.

....., dnia

/miejsowość/

.....

/pieczętka i podpis osoby uprawnionej/

