

Warszawa, dnia.....

Szpital Grochowski
im. dr med. Rafała Masztaka Sp. z o.o.
ul. Grenadierów 51/59
04 - 073 Warszawa

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie

.....
..... 1

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Zawód:

Nr prawa wykonywania zawodu:

Nr dyplomu / świadectwa:

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji):

Nr dokumentu specjalizacji:

Nr w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich:

Nr wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej:

NIP: **REGON:**

Adres zamieszkania

Adres indywidualnej praktyki:

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki):

Telefon: **E-mail:** 2

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych we wskazanym powyżej zakresie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z opisem zawartym w „SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKACH KONKURSU OFERT ORAZ MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH O PRZEDMIOTACH KONKURSÓW OFERT NA UDZIELENIE ZAMÓWIEŃ NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH”.

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

- 1) zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz materiałami informacyjnymi o przedmiotach konkursów ofert na udzielenie zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych”, oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń;
- 2) oświadcza, że nie posiada umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia;
- 3) wykonuje **zawód pielęgniarki w ramach praktyki zawodowej** w formie*:
 - a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki,
 - b) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania,
 - c) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki,
 - d) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania,
 - e) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,

¹ Należy wpisać zakres świadczeń zdrowotnych (zgodnie z ogłoszeniem o konkursie ofert), którego dotyczy oferta.

² Podany adres e-mail będzie wykorzystywany przez Udzielającego zamówienia do przekazywania informacji dotyczących konkursu ofert

- f) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,
 - g) spółki cywilnej jako grupowa praktyka pielęgniarek,
 - h) spółki jawnej jako grupowa praktyka pielęgniarek,
 - i) spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek;
- 4) wykonuje **zawód pielęgniarki***, tj. jest osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny.
 - 5) posiada aktualne **ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC)** na minimalną sumę gwarancyjną w wysokości - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866) **albo** zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc na równowartość na dzień podpisania umowy;³
 - 6) posiada aktualne **orzeczenie lekarskie** stwierdzające brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych **albo** zobowiązuje się do przedłożenia kopii orzeczenia lekarskiego na dzień podpisania umowy;⁴
 - 7) spełnia wszystkie warunki i wymagania określone w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert oraz materiałach informacyjnych o przedmiotach konkursów ofert na udzielenie zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych”;
 - 8) posiada uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert;
 - 9) posiada wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
 - 10) dysponuje odpowiednim potencjałem do wykonania zamówienia;
 - 11) znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
 - 12) nie podlega wykluczeniu z konkursu ofert z przyczyn wskazanych w § 3 ust. 5 „Szczegółowych warunkach konkursu ofert oraz materiałach informacyjnych o przedmiotach konkursów ofert na udzielenie zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych”;
 - 13) **oferuje następujące warunki:**

- Oferuję dostępność w ciągu miesiąca:⁵

a) w zakresie świadczeń zdrowotnych tj. wykonywania zadań pielęgniarki – godziny w miesiącu,

- Oferuję cenę za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w kwocie złotych;

- 17) wnosi o objęcie ubezpieczeniem społecznym i dokonanie stosownych potrąceń z wynagrodzenia na:
 - a) podatek dochodowy
 - b) składki na ubezpieczenie społeczne: zdrowotna , emerytalna , rentowa , chorobowa (dobrowolna) .
- 18) **Szpital Grochowski to podstawowe miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych:** – TAK NIE
- 19) pobiera emeryturę: TAK NIE
- 20) pobiera rentę: TAK NIE - orzeczony stopień niepełności:
- 21) zapoznał się z „Informacją na podstawie art. 13 RODO skierowaną do wszystkich osób i podmiotów zainteresowanych konkursami ofert”, zawartą w ogłoszeniu o konkursie ofert;
- 22) wypełnił obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym konkursie ofert – jeżeli dotyczy.

³ Niepotrzebne skreślić,

⁴ Niepotrzebne skreślić

⁵ Oferowana dostępność nie może być mniejsza niż minimalna wymagana przez Udzielającego zamówienia w warunkach

ZAŁĄCZNIKI:

- I. **Wypełniony formularz cenowy – zał. nr 1;**
- II. Poświadczony wydruk z CEIDG – **zał. nr 2.**
- III. Poświadczona kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakładzie leczniczym Udzielającego zamówienie wraz z wydrukiem z księgi rejestrowej lub oświadczenie o zobowiązaniu się do przedłożenia kopii wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakładzie leczniczym Udzielającego zamówienia do dnia zawarcia umowy – **zał. nr 3.**
- IV. Poświadczona kopia nadania numeru NIP, chyba że nr NIP wynika z innych złożonych w ofercie dokumentów – **zał. nr 4.**
- V. Poświadczona kopia prawa wykonywania zawodu – **zał. nr 5.**
- VI. Poświadczona kopia dyplomu/świadectwa – **zał. nr 6.**
- VII. Poświadczona kopia specjalizacji lub karty specjalizacji (lub innych kwalifikacji, kursów) – **zał. nr 7 (lub 7a, 7b, 7c... itd.).**
- VIII. Kserokopia aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego u Oferenta brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – **zał. nr 8.**
- IX. Kserokopie polis OC lub oświadczenie zawierające zobowiązanie do przedłożenia kopii polis – **zał. nr 9,**
- X. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w odpowiednich zakresach, z podaniem okresów w których usługi te były udzielane – **zał. nr 10.**
- XI. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z Szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta – **zał. nr 11.**

.....
(*podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty*)