**Ozn. postępowania 03/2020 załącznik nr 1.1 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 2018, poz. 2190 ze zm.).

**O F E R U J Ę**

**1. Swoje usługi medyczne w :**

|  |
| --- |
| **Zakres nr 1-4**1. Pielęgniarka udzielająca świadczeń zdrowotnych w Oddziale ……………………………………………………………………… SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy **……………..zł brutto za 1 godzinę** realizacji świadczeń zdrowotnych w ordynacji dziennej/ dyżurze medycznym.
2. Pielęgniarka ze specjalizacją w dziedzinie odpowiadającej miejscu udzielania świadczeń, udzielająca świadczeń zdrowotnych w Oddziale ………………………………………… SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy **…………………………..zł brutto za 1 godzinę** realizacji świadczeń zdrowotnych w ordynacji dziennej/dyżurze.
3. Pielęgniarka z tytułem magistra pielęgniarstwa ze specjalizacją w dziedzinie odpowiadającej miejscu udzielana świadczeń, udzielająca świadczeń zdrowotnych w Oddziale …………………………………………. SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy …………zł brutto z 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.;

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).

1. Zobowiązuję się do załączenia jej do umowy najpóźniej na dzień przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych;
2. Zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia lekarskiego o objęciu profilaktyczną opieką zdrowotną.
3. Zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia do celów SE
4. Zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia o przeszkoleniu w zakresie EM ( jeśli dotyczy)
5. Zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia o szczepieniu przeciwko WZW typu B.
6. **Do oferty załączam następujące załączniki**: (proszę wymienić wszystkie załączniki załączone do oferty – zgodnie ze stanem faktycznym)
7. Aktualny dokument dopuszczający Wykonawcę do obrotu prawnego (wyciąg z odpowiedniego rejestru sądowego lub wydruk wpisu z systemu CEIDG);
8. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą Bydgoskiej Izby Pielęgniarek i Położnych;
9. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe (Kserokopia dyplomu, prawa wykonywania zawodu, dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej);
10. Kserokopia polisy ubezpieczeniowej OC lub zobowiązanie do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej najpóźniej na dzień przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych;
11. Inne ………………………………………………………..
12. 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.