

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dotyczy ogłoszenia przez RCKiK w Wałbrzychu Konkursu ofert na udzielenie zamówienia na udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa polegającym na: przygotowaniu krwiodawcy do oddania krwi lub jej składników po uprzednim zakwalifikowaniu go przez lekarza, wykonywaniu zabiegów pobierania krwi i jej składników od dawców, opiece nad dawcami w czasie i po pobraniu krwi lub jej składników oraz udzieleniu im pierwszej pomocy w razie zastąpienia – **Nr sprawy KO/02/2025.**

**DANE OFERENTA:**

**Nazwa praktyki pielęgniarstwa/ Imię i nazwisko<sup>1</sup> / Nazwa podmiotu:**

.....

.....

Nr REGON<sup>1</sup> ..... NIP<sup>1</sup> .....

Nr ewidencyjny PESEL<sup>2</sup>: .....

Nr telefonu kontaktowego:..... adres e-mail: .....

**Adres siedziby praktyki pielęgniarstwa / zamieszkania<sup>2</sup> / podmiotu:**

Kod pocztowy: .....

.....

Miejscowość:

Gmina/dzielnica: .....

Ulica/nr domu/nr lokalu: .....

.....

Nazwa banku, nr konta<sup>3</sup>:

Nr prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej/ data wydania.....

Nr wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą .....

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis Oferenta

**OFERTA SZCZEGÓŁOWA** (proszę zaznaczyć X **tylko jedno** wybrane zadanie) **Zadanie nr 1**

1. Składam ofertę na udzielenie świadczeń zdrowotnych zgodnie z pkt. 2 i 3 SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU określonych dla **Zadania nr 1.**
2. Oświadczam, że oferta moja obejmuje udzielenie świadczeń zdrowotnych dla podanej poniżej w tabeli lokalizacji z zastrzeżeniem dotyczącym wybranych dni tygodnia.
3. Świadczenia zdrowotne będą świadczone w okresie **na 12 miesięcy od podpisania umowy**

1 Dotyczy tylko osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą oraz podmiotów posiadających osobowość prawną

2 Dotyczy tylko osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej

3 Wykonawca przy realizacji Umowy zobowiązuje posługiwać się rachunkiem rozliczeniowym, o którym mowa w art. 49 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo Bankowe (tekst jedn.: Dz.U. z 2019 r. poz. 2357) zawartym w wykazie podmiotów, o którym mowa w art. 96b ust. 1 Ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (tekst jedn.: Dz.U.z 2020 r. poz. 106)

Miejsce wykonywania świadczenia	Dyspozycyjność (*zaznaczyć X dni tygodnia)					c. brutto za 1 godz./dzień wykonywania świadczeń [PLN]
	PN	WT	ŚR	CZ	PT	
Pow. lubański						
Pow. bolesławiecki						
Pow. zgorzelecki						

4. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu za wynagrodzenie w wysokości:
- powiat lubański ..... zł (słownie: .....) za godzinę/dzień
  - powiat bolesławiecki ..... zł (słownie: .....) za godzinę/dzień
  - powiat zgorzelecki ..... zł (słownie: .....) za godzinę/dzień

.....  
 \_\_\_\_\_  
**Miejscowość i data**

.....  
 \_\_\_\_\_  
**podpis Oferenta**

**Zadanie nr 2**

- Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z pkt. 2 i 3 SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU określonych dla **Zadania nr 2**.
- Oświadczam, że oferta moja obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych dla podanej poniżej w tabeli lokalizacji z zastrzeżeniem dotyczącym wybranych dni tygodnia.
- Świadczenia zdrowotne będą świadczone w okresie **na 12 miesięcy od podpisania umowy**.

Miejsce wykonywania świadczenia	Dyspozycyjność (*zaznaczyć X dni tygodnia)					c. brutto za 1 godz./dzień wykonywania świadczeń [PLN]
	PN	WT	ŚR	CZ	PT	
pow. lubański						
pow. bolesławiecki						
pow. zgorzeleckim						
pow. lwówecki						
pow. wałbrzyski						
pow. kamiennogórski						
pow. jeleniogórski						
pow. świdnicki						
pow. dzierżoniowski						
pow. kłodzki						

pow. ząbkowickim						
------------------	--	--	--	--	--	--

8. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu za wynagrodzenie w wysokości:

- a) powiat lubański .....zł (słownie: ..... ) za godzinę/ dzień,
- b) powiat bolesławiecki ..... zł (słownie: ..... ) za godzinę/ dzień,
- c) powiat zgorzelecki ..... zł (słownie: ..... ) za godzinę/ dzień,
- d) powiat lwówecki.....zł (słownie: ..... ) za godzinę/ dzień,
- e) powiat wałbrzyski.....zł (słownie: ..... ) za godzinę/ dzień,
- f) powiat kamiennogórski.....zł (słownie: ..... ) za godzinę/ dzień,
- g) powiat jeleniogórski.....zł (słownie: ..... ) za godzinę/ dzień,
- h) powiat świdnicki..... zł (słownie: ..... ) za godzinę/ dzień,
- i) powiat dzierzoniowski..... zł (słownie: ..... ) za godzinę/ dzień,
- j) powiat kłodzki.....zł (słownie: ..... ) za godzinę/ dzień,
- k) powiat ząbkowicki..... zł (słownie: ..... ) za godzinę/ dzień,

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis Oferenta

**Zadanie nr 3**

1. Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z pkt. 2 i 3 SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU określonych dla **Zadania nr 3**.
2. Oświadczam, że oferta moja obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych dla podanej w SWK lokalizacji.( Jelenia Góra)
3. Świadczenia zdrowotne będą świadczone w okresie **na 12 miesięcy od podpisania umowy**
4. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu za wynagrodzenie w wysokości:  
..... zł (słownie: ..... ) za godzinę/ dzień.

Dyspozycyjność (*zaznaczyć X dni tygodnia)						c. brutto za <u>1</u> godz./dzień wykonywania świadczeń [PLN]
PN	WT	ŚR	CZ	PT	SOB	

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis Oferenta

**Zadanie nr 4**

1. Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z pkt. 2 i 3 SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU określonych dla **Zadania nr 4**.
2. Oświadczam, że oferta moja obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych dla podanej w SWK lokalizacji ( ekipa w Kłodzku)
3. Świadczenia zdrowotne będą świadczone w okresie **na 12 miesięcy od podpisania umowy**
4. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu za wynagrodzenie w wysokości:..... zł (**słownie: .....** ...) za godzinę/ dzień

Dyspozycyjność (*zaznaczyć X dni tygodnia)						c. brutto za <u>1</u> godz./dzień wykonywania świadczeń [PLN]
PN	WT	ŚR	CZ	PT	SOB	

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis Oferenta

**Zadanie nr 5**

1. Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z pkt. 2 i 3 SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU określonych dla **Zadania nr 5**.
2. Oświadczam, że oferta moja obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych dla podanej w SWK lokalizacji.( Bogatynia)
3. Świadczenia zdrowotne będą świadczone w okresie **na 12 miesięcy od podpisania umowy**
4. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu za wynagrodzenie w wysokości:..... zł (**słownie:.....**) za godzinę/ dzień

Dyspozycyjność (*zaznaczyć X dni tygodnia)						c. brutto za <u>1</u> godz./dzień wykonywania świadczeń [PLN]
PN	WT	ŚR	CZ	PT	SOB	

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis Oferenta

**Zadanie nr 6**

1. Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z pkt. 2 i 3 SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU określonych dla **Zadania nr 6**.

2. Oświadczam, że oferta moja obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych dla podanej w SWK lokalizacji (RCKiK w Wałbrzychu) z zastrzeżeniem dotyczącym wybranych dni tygodnia.
3. Świadczenia zdrowotne będą świadczone w okresie **na 12 miesięcy od podpisania umowy**

Dyspozycyjność (*zaznaczyć X dni tygodnia)						c. brutto za <u>1</u> godz./dzień wykonywania świadczeń [PLN]
PN	WT	ŚR	CZ	PT	SOB	

4. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu za wynagrodzenie w wysokości: ..... zł (słownie:.....) za godzinę/dzień

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis Oferenta

**Oświadczenie oferenta**

Oświadczam, że:

- posiadam aktualną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez działanie lub zaniechanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
- zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych najpóźniej w terminie 7 dni od dnia podpisania umowy.

.....  
*Miejscowość i data*.....  
*podpis Oferenta***Oświadczenie oferenta**

1. Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się z treścią ogłoszenia na przyjęcie obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy cywilnoprawnej,
- 2) zapoznałem się z Regulaminem, szczegółowymi warunkami konkursu (SWK) i treścią projektu umowy o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych i akceptuję postanowienia w nich zawarte.
- 3) stan zdrowia pozwala mi na pracę w charakterze pielęgniarki/położnej, na zadeklarowanym stanowisku.
- 4) stan prawny określony w dokumentach załączonych do niniejszej oferty nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
- 5) oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Udzielającego zamówienia informacji zawierających dane osobowe oraz, że poinformowałem pisemnie i uzyskałem zgodę każdej osoby, której dane osobowe są podane w ofercie oraz dokumentach składanych wraz z niniejszą ofertą lub będą podane w oświadczeniach i dokumentach złożonych w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia.
- 6) posiadam doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego konkursu.

2. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez czas wskazany w ogłoszeniu, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

.....  
*miejscowość i data*.....  
*podpis Oferenta***Załącznikami do niniejszej oferty są dokumenty wymagane w SWK:**

1. ....
2. ....
3. ....