Warszawa, dnia....................................................

**Szpital Czerniakowski Sp. z o.o.**

**w Warszawie**

**ul. Stępińska 19/25**

**00-739 Warszawa**

# **FORMULARZ OFERTOWY**

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności zawodowych pielęgniarki/pielęgniarza w Szpitalu Czerniakowskim Sp. z o.o. w Warszawie z przedmiotem zamówienia wskazanym
w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, na zasadach określonych we wzorze umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem tj. w:

1. Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
2. Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii
3. Oddziale Chorób Wewnętrznych
4. Oddziale Chirurgii Ogólnej
5. Oddziale Ortopedyczno-Urazowym
6. Oddziale Okulistycznym
7. Oddziale Otolaryngologicznym
8. Oddziale Neurologicznym
9. Zakładzie Diagnostyki Obrazowej
10. Blokach Operacyjnych

\* - proszę zaznaczyć właściwą ofertę

w okresie od dnia 01 listopada 2020 r. do dnia 31 października 2022 r.

**1.**

**DANE OFERENTA:**

Imię i nazwisko oferenta………………………………………………………………………...............................

Nazwa oferenta zgodnie z dokumentem rejestrowym: ...................................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………….................................

Adres siedziby firmy:

kod:....................... miejscowość:...............................................................................................................................

ulica i numer domu:....................................................................................................................................................

numer telefonu:...........................................email:......................................................................................................

Adres zamieszkania:

kod:........................... miejscowość:...........................................................................................................................

ulica i numer domu:...................................................................................................................................................

numer telefonu:...........................................email:.....................................................................................................

NR NIP.......................................................................................................................................................................

NR REGON................................................................................................................................................................

Specjalizacja w dziedzinie:.........................................................................................................................................

Kurs kwalifikacyjny……….........................................................................................................................................

**2.**

**CENA I TERMINY ŚWIADCZENIA USŁUG:**

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto ………………. zł za 1 godzinę.

Oferuję dyspozycyjność do realizacji świadczeń zdrowotnych w minimalnej ilości (nie mniejszej niż 80 godzin) ………………… godzin w miesiącu kalendarzowym, ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie,

**3.**

**OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie zgłaszam zastrzeżeń do ich treści oraz, że dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty.
2. Oświadczam, że w cenie/stawce oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia w tym: koszty badań profilaktycznych, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia oraz,
że cena nie zostanie zmieniona w trakcie wykonywania przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że dopuszczam na wniosek Udzielającego zamówienia, za zgodą obu stron, możliwość zmiany bądź rozszerzenia miejsca udzielania świadczeń, a także możliwość zmiany bądź rozszerzenia grupy świadczeniobiorców objętych niniejsza umową.
4. Oświadczam, że spełniam warunki o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. , poz. 160 z późn. zmianami).
5. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, wykonane na koszt własny bądź w przypadku braku powyższego orzeczenia, na dzień złożenia oferty zobowiązanie o przedłożeniu kopii orzeczenia o stanie zdrowia na dzień podpisania umowy
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym
i prawnym.
7. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej;
8. Zobowiązuję się do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń;
9. Posiadam odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania w/w rodzaju świadczeń.
10. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta;
11. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji;
12. Zobowiązuje się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych;
13. Zobowiązuję się do odbycia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym przeprowadzonego przez lekarza epidemiologa Udzielającego Zamówienia.
14. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postepowania konkursowego.

**4.**

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Wydruk **wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego** **(aktualny, nie starszy niż 1 miesiąc)** – zał. nr 1
2. Wydruk wpisu do **Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG)** **aktualny, nie starszy niż jeden miesiąc** – zał. nr 2
3. Poświadczone kopie dokumentów dotyczących **dyplomu ukończenia studiów na kierunku pielęgniarskim –** zał. nr 3
4. Poświadczone kopie dokumentów dotyczących **prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza** – zał. 4
5. Poświadczona kopia **specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki**  – zał. 5 – wymagane przy składaniu oferty na zawieranie umów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności zawodowych pielęgniarki w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii
6. Poświadczona kopia zaświadczenia o ukończeniu kursu z zakresu bezpiecznego przetaczania krwi i jej składników – zał. Nr 6 – nie wymagane ale podlegające dodatkowej ocenie w przypadku większej ilości złożonych ofert
7. Poświadczona kopia zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej dla pielęgniarek i położnych – zał. Nr 7 – nie wymagane ale podlegające dodatkowej ocenie
w przypadku większej ilości złożonych ofert
8. Poświadczona kopia zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego w zakresie wykonania i interpretacji zapisu EKG – zał. Nr 8– nie wymagane ale podlegające dodatkowej ocenie w przypadku większej ilości złożonych ofert
9. Przebieg pracy zawodowej z uwzględnieniem nazw oddziałów/klinik – zał. nr 9 (dla oferentów, którzy nie wykonywali w latach ubiegłych świadczeń zdrowotnych u Udzielającego Zamówienia)
10. Aktualna polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w wyniku realizacji umowy o udzielenie zamówienia art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ( Dz. U. z 2018 r. , poz. 160 z późn. zmianami) oraz Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2019 r., poz. 866). Dotyczy to również odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu polisy najpóźniej w dniu zawarcia umowy  – zał. nr 10
11. Kserokopia orzeczenia o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, wykonana na koszt własny bądź w przypadku braku powyższego zaświadczenia na dzień złożenia oferty zobowiązanie o przedłożeniu kopii orzeczenia o stanie zdrowia na dzień podpisania umowy – zał. 11
12. Dodatkowe dokumenty potwierdzające inne kwalifikacje i umiejętności w zakresie przedmiotu niniejszej oferty – zał. Nr 12,12a itd.
13. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta - zał. Nr 13

 ……………………............................................................................................................................................................

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