

Załącznik nr 1 do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne wykonywane przez pielęgniarkę/położną na rzecz pacjentów Powiatowego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ostródzie S.A.

**Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej  
w Ostródzie Spółka Akcyjna  
14-100 Ostróda  
ul. Władysława Jagiełły 1**

### **OFERTA**

w postępowaniu konkursowym na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne wykonywane przez pielęgniarkę/położną na rzecz pacjentów PZOZ w Ostródzie S.A. obejmującym:

- 1) udzielania świadczeń przez pielęgniarkę w Oddziałach, Izbie Przyjęć oraz Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej (CPV: 85141200-1 – Usługi świadczone przez pielęgniarki) w ilości co najmniej 80 godzin miesięcznie,\*
- 2) udzielania świadczeń przez położną w Oddziałach oraz Izbie Przyjęć CPV: 85141100-0 – Usługi świadczone przez położne) w ilości co najmniej 60 godzin miesięcznie,\*

zgodnie z harmonogramem zaakceptowanym przez Dyrektora ds. pielęgniarstwa.

#### **Dane oferenta:**

.....  
(nazwa oferenta)

.....  
(adres)

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres oferenta podany wyżej)

.....  
.....  
*(NIP, REGON, PESEL, Numer prawa wykonywania zawodu)*

\* niepotrzebne skreślić

## 1. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

- 1) stawka godzinowa podana w złotych za 1 godzinę udzielania świadczeń – .....zł (słownie: .....złotych), zobowiązuje się do udzielania świadczeń w ilości ..... godzin miesięcznie.

.....  
(Miejscowość, data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

## ZAŁĄCZNIKI\*:

- 1) oświadczenie Oferenta – według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do formularza ofertowego,
- 2) oryginał/kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej,
- 3) oryginał/kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem dyplomu ukończenia szkoły,
- 4) oryginały/kserokopia poświadczonych za zgodność z oryginałem dyplomów odbytych kursów, etc.
- 5) oryginał/kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem aktualnego zaświadczenia lekarskiego oraz BHP,
- 6) oryginał lub poświadczona przez Oferenta kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru indywidualnych / indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarskich właściwej Okręgowej Izby Pielęgniarskiej potwierdzające kwalifikacje osób mających wykonywać świadczenia zdrowotne w zakresie zgodnym ze składaną ofertą (zgodnie z art. 102 ustawy o działalności leczniczej),
- 7) oryginał lub poświadczona przez Oferenta kserokopia polisy OC wystawiona stosownie do obowiązujących przepisów, dołączona do oferty lub dostarczona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
- 8) oryginał/kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem zaświadczenia o ukończeniu co najmniej kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki (należy przedłożyć składając ofertę na zakres nr 2),
- 9) pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta.

W przypadku, gdy Udzielający zamówienie w swojej dokumentacji posiada już któryś z wymienionych załączników (aktualny), Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do przedłożenia oświadczenia o tym, że dokumenty uwzględnione w punkcie/punktach ..... nie uległy zmianie i znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia.

\* niepotrzebne skreślić

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałam się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z dnia 6 grudnia 2017 r.
2. Oświadczam, że zapoznałam się ze Szczegółowymi warunkami konkursu ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że w ostatnich pięciu latach:
  - a) nie było i aktualnie nie jest prowadzone przeciwko mnie postępowanie o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego,
  - b) nie zostałam ukarany przez sąd dyscyplinarny,
  - c) przeciwko mnie nie toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej,
  - d) przeciwko mnie nie jest wszczęte postępowanie mogące skutkować zawieszeniem prawa wykonywania zawodu.
4. Oświadczam, że uważam się związaną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone do Oferty dokumenty lub ich kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
7. Oświadczam, że zapoznałam się z Regulaminem pracy Komisji Konkursowej.
8. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Udzielającego zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.
9. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na sumę gwarancyjną w wysokości.....

.....  
(Miejscowość, data i podpis Oferenta)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących mojej karalności i prowadzonych wobec mnie postępowań o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego, postępowań dyscyplinarnych dla potrzeb realizacji umowy z Powiatowym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Ostródzie S.A.

.....  
Data i czytelny podpis osoby składającej ofertę

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji Konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r, o danych osobowych (Dz. U. 2016 poz. 922 ze zmianami)

.....  
Data i czytelny podpis osoby składającej ofertę