***………………………………. …...……., dnia ....... ...... 2024 r.***

(pieczęć firmowa)

### FORMULARZ OFERTY

**Dane Oferenta**

1. Imię i nazwisko / Nazwa\*: ………………………………………………………………………………
2. Miejsce zamieszkania / Siedziba\*: ………………………………………………………………………………
3. Numer PESEL / KRS\*.......................................
4. Numer NIP\*: ……………………………………….
5. Numer REGON\*: ………………………………….
6. Numer prawa wykonywania zawodu ...........................................................................................
7. Imię i nazwisko osoby reprezentującej Oferenta: ........................................................................................
8. Tel........................................ e-mail.................................................................

Oświadczam, że po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert nr 2/02/2024/II na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. zgłaszam swoją ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

**usługi opieki pielęgniarskiej w oddziałach szpitalnych**

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia oraz z Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń, oraz że uzyskałem(am) wszystkie konieczne informacje do przygotowania niniejszej oferty.
2. Oświadczam, że akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy i w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do jej zawarcia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w uzasadnionych przypadkach najpóźniej w terminie do dnia rozpoczęcia realizacji świadczeń wynikających z umowy, kopii polisy ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń w zakresie przedmiotu zamówienia na okres obowiązywania umowy, potwierdzającą zawarcie umowy obowiązkowego ubezpieczenia zgodnie z zasadami określonymi w art. 25 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. albo umowy dobrowolnego ubezpieczenia, z rozszerzeniem na odpowiedzialność za szkodę spowodowaną zarażeniem wirusowym zapaleniem wątroby i wirusem HIV.
4. Oświadczam, że nie toczą się wobec mnie żadne postępowania sądowe, administracyjne, dyscyplinarne i inne w przedmiocie odpowiedzialności związanej z wykonywaniem zawodu.
5. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym konkursie\*.

*\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)*

**Zastrzeżenie Oferenta**

Niżej wymienione dokumenty/część oferty nie mogą być ogólnie udostępnione:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Uzasadnienie:**

………………………………………………………………………………………………

**Proponowana kwota należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych wynosi:**

**……. zł** brutto za godzinę udzielania świadczeń

posiadam wykształcenie / kwalifikacje .....................................................................................

Proponowana liczba godzin świadczenia usług w miesiącu wynosi: ....................... (maksymalnie 240 godz.)

Proponowany czas trwania umowy wynosi ............................ miesięcy od dnia 01.03.2024r.

*(min. 3 m-ce, max. 24 m-ce)*

.................................................................

(podpis i pieczęć osoby reprezentującej Oferenta)

Wykaz załączników:

1. .................

***Załącznik nr 2 do SWKO***

***........................, dnia ......... .......... 2024r.***

Pieczęć lub pełna nazwa i kompletny adres

z nr telefonu kontaktowego Oferenta

**OŚWIADCZENIE**

**o załącznikach**

  Oświadczam, że do oferty złożonej w Konkursie nr ***2/02/2024/II*** na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., zgłaszam swoją ofertę na wykonywanie powyższych świadczeń zdrowotnych w zakresie:

***................................................................................................................................***

i **nie dołączam** do niej poniższych dokumentów:

1. dyplom pielęgniarki, magistra lub licencjata pielęgniarstwa,
2. prawo wykonywania zawodu,
3. NIP, REGON lub wydruk z CEiDG\*/ rejestru przedsiębiorców KRS,
4. wpis do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych / fizjoterapeutów / podmiotów wykonujących działalność leczniczą
5. wpis do KRS / ewidencji działalności gospodarczej – wydruk z CEiDG\*
6. polisa OC\*,

ponieważ zostały złożone Udzielającemu Zamówienia w postępowaniu Nr **..................** dotyczącym świadczeń ***...............................................................................,***  a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie i pozostaje aktualny na dzień złożenia oferty.

Wnioskuję jednocześnie o wykorzystanie przez Udzielającego Zamówienia ww. dokumentów do celów przeprowadzenia postępowania konkursowego nr 2/02/2024/II i zawarcia umowy.

W okresie obowiązywania umowy będę miał(a) zawartą umowę ubezpieczenia OC zgodnie z wymogami obowiązujących aktów prawnych oraz SWKO.

.......................................................................  
podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania oferenta

***Załącznik nr 1 do SWKO***

***Wykaz osób biorących udział w realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach złożonej oferty konkursowej***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Imię i nazwisko** | **Nr prawa wykonywania zawodu** | **Nr PESEL** | **Tytuł**  **specjalisty\***  **(podać zakres i stopień)** | **Wykształcenie** | **Posiada działalność gospodarczą\*** |
|  |  |  |  |  |  | TAK / NIE |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

.................................................................

(podpis i pieczęć osoby reprezentującej Oferenta)