

.....  
(pieczęć firmowa Oferenta)

**FORMULARZ OFERTY**

**1. DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA:**

- 1. Firma / Imię i Nazwisko .....
- .....
- 2. Siedziba / adres zamieszkania .....
- 3. Oznaczenie we właściwym rejestrze / nr wpisu do rejestru .....
- 4. NIP .....
- 5. Regon .....
- 6. dobrowolnie: tel. kontaktowy (fax) .....
- 7. dobrowolnie: e-mail .....

**2. OKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM UMOWY:**

- a. Rodzaj świadczeń: świadczenia zdrowotne realizowane przez pielęgniarki
- b. Zakres świadczeń: .....

**3. OPIS KOMPETENCJI \*:**

- 1. Tytuł zawodowy .....
- 2. Nr prawa wykonywania zawodu .....
- 3. Dziedzina i stopień specjalizacji .....
- 4. Informacje o specjalizacji w toku:
  - a) dziedzina specjalizacji .....
  - b) rok specjalizacji .....
- 5. Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem / certyfikatem lub innym dokumentem)  
.....  
.....

SAOB

.....  
6. Oferowana maksymalna liczba godzin udzielanych miesięcznie.....

#### 4. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Świadczenia udzielane będą w lokalu Udzielającego zamówienia.

#### 5. WARUNKI PŁATNOŚCI

Fakturę/rachunek wystawia się raz w miesiącu, nie wcześniej niż ostatniego dnia miesiąca, w którym udzielane były świadczenia. Termin złożenia faktury upływa 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym udzielane były świadczenia. Jeżeli prawidłowo sporządzona faktura za dany miesiąc wraz z kartą ewidencji świadczeń potwierdzoną przez sekretarkę medyczną zostanie przedłożona do Kancelarii Udzielającego zamówienie w terminie wskazanym w zdaniu poprzednim, wypłata należności nastąpi na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego Zamówienie do 30 dni od jej złożenia.

#### 6. TERMIN REALIZACJI:

Okres obowiązywania umowy : czas realizacji udzielania świadczeń zdrowotnych przez Udzielającego Zamówienie w ramach kontraktu z NFZ i innych umowach w Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu/ Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym / Izbie Przyjęć.

Jeżeli w okresie obowiązywania niniejszej umowy z Udzielającym Zamówienie nie zostanie zawarty kolejny kontrakt lub kontrakty w zakresie objętym niniejszym postępowaniem konkursowym, umowa zawarta z wybranym Oferentem wygaśnie najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania kontraktu z NFZ.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczętka, podpis Oferenta)

\* w przypadku oferty składanej przez podmiot leczniczy zatrudniający personel medyczny, który będzie udzielał świadczeń w zakresie objętym postępowaniem konkursowym należy przedstawić dane w żądanym zakresie **odrębnie dla każdej z osób, które będą udzielać świadczeń**; dane, wraz z informacjami odnoszącymi się do tych osób, można przedstawić w zestawieniu tabelarycznym

### OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że:
  - a. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
  - b. otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
  - c. akceptuję projekt umowy.
2. **Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w złożonej Ofercie, przez Sosnowiecki Szpital Miejski sp. z o. o. w restrukturyzacji 41-200 Sosnowiec, ul. Emila Zegadłowicza 3, w okresie 30 dni od ostatniego dnia składania ofert wyznaczonego przez Udzielającego Zamówienie na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego.**
3. W przypadku, gdy będę związany stosunkiem pracy z Udzielającym zamówienia, a moja oferta zostanie wyłoniona w konkursie (w przypadku osobistego udzielania świadczeń) zobowiązuję się do rozwiązania umowy o pracę przed dniem zawarcia umowy o świadczenia zdrowotne i oświadczam, że do porozumienia stron przystąpię dobrowolnie i nie będę rościł jakichkolwiek pretensji, z tytułu rozwiązania umowy o pracę za porozumieniem stron.
4. Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w najbliższym możliwym czasie wskazanym przez Udzielającego Zamówienie na warunkach określonych w ofercie i wg wzoru przedstawionego przez Udzielającego zamówienie;
5. Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń medycznych, oświadczam, że:
  - a. wszystkie umowy zawarte z Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą były i są realizowane przez Oferenta należycie,
  - b. w ciągu ostatnich 5 lat, nie wnoszono wobec Oferenta skarg odnoszących się do realizacji umów z Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.
6. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli Śląskiego Wojewódzkiego Oddziału NFZ w zakresie sposobu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych objętych ofertą.
7. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu i w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienie.
8. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
9. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty, jakie Zamawiający zobowiązany będzie ponieść w związku z wykonaniem przedmiotowego zamówienia.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęćka, podpis Oferenta)



Załącznik nr 4 do Szczegółowych warunków konkursu nr 03/02/2026

FORMULARZ CENOWY

ZAKRES: Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarki

1 Rodzaj udzielanych świadczeń	2 Szacunkowa ilość godzin do zabezpieczenia miesięcznie	3 Proponowana ilość godzin możliwych do udzielenia miesięcznie przez Oferenta	4 Cena jednostkowa zł brutto za godzinę proponowana przez Oferenta
<p><b>Zakres I:</b> Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Pielęgniarki/Pielęgniarki zapewniające całodobową opiekę pielęgniarską w Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu i w innych jednostkach Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego sp. z o.o. w restrykturyzacji.</p>	120 godzin	..... zł brutto/godz.	..... zł brutto/godz.
<p><b>Zakres II:</b> Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Pielęgniarki/Pielęgniarki w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicznym Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego sp. z o.o. w restrykturyzacji.</p>	72 godziny	..... zł brutto/godz.	..... zł brutto/godz.
<p><b>Zakres III:</b> udzielenie świadczeń zdrowotnych przez Pielęgniarki/Pielęgniarki w Izbie Przyjęć Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego sp. z o.o. w restrykturyzacji.</p>	120 godzin	..... zł brutto/godz.	..... zł brutto/godz.

dnia.....

.....



(podpis i pieczęć Oferenta)

Załącznik nr 5 do Szczegółowych warunków konkursu nr 03 / 02 / 2026

Sosnowiec, dn. ....

### Oświadczenie

Oświadczam, że zobowiązuję się do posiadania umowy polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej w związku z udzieleniem lub zaniechaniem udzielenia świadczeń zdrowotnych określonych w paragrafach poprzedzających na kwotę

.....

( wpisać kwotę dotyczącą zakresu na który składana jest oferta)

1. Obowiązek ubezpieczenia powstanie najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień podpisania umowy.
2. Okażę przy podpisywaniu umowy polisę ubezpieczeniową oraz dostarczę jej kserokopię.

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)



