

.....
(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 /OIP /
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: usługi ratownika medycznego/usługi pielęgniarские
- b. Zakres świadczeń: Usługi ratownika medycznego w Izbie Przyjęć / Usługi pielęgniarские w Izbie Przyjęć .

3. OPIS KOMPETENCJI *:

1. Tytuł zawodowy
2. Nr prawa wykonywania zawodu
3. Dziedzina i stopień specjalizacji
4. Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem / certyfikatem lub innym dokumentem)
.....
.....
.....
5. Oferowana maksymalna liczba godzin udzielanych miesięcznie.....

4. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Świadczenia udzielane będą w lokalu Udzielającego zamówienia.

@ / 2026

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. Termin płatności : 30 dni od doręczenia faktury/rachunku wraz z załącznikiem.

6. TERMIN REALIZACJI:

Okres obowiązywania umowy: czas realizacji udzielania świadczeń zdrowotnych przez Udzielającego Zamówienie w ramach kontraktu z NFZ i innych umów z zakresu usług objętych niniejszym postępowaniem lub upływu terminu uprawniającego do wykonywania zawodu ratownika medycznego, o którym mowa w ustawie z dnia 1 grudnia 2022 o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2705).

Jeżeli w okresie obowiązywania 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)

.....
(pieczęć, 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

15000

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 Zagadłowicza 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/zlecenia z Udzielającym zamówienia, a moja oferta zostanie wyłoniona w konkursie (w przypadku osobistego udzielania świadczeń) zobowiązuję się do rozwiązania umowy o pracę/zlecenia 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.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis Oferenta)



.....
(nazwa przedsiębiorstwa/ (nazwisko i imię – osoba fizyczna)

..... (miejscowość, data)

.....
(adres)

NIP

Regon

Pesel

.....
(tel. kontaktowy)

**OŚWIADCZENIE PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/RATOWNIKA MEDYCZNEGO UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
NA RZECZ**

SOSNOWIECKIEGO SZPITALA MIEJSKIEGO SP. Z O. O. W RESTRUKTURYZACJI

Oświadczam, iż na dzień składania niniejszej informacji posiadam ważne prawo wykonywania zawodu, którego nie zostałem/am pozbawiony/a ani które nie zostało zawieszone, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych, mój stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu pielęgniarki/pielęgniacza/ratownika medycznego, nie byłem/am karany/a za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej albo wszczęte przez okręgową radę pielęgniarek i położnych lub organ samorządu ratowników medycznych mogące skutkować zawieszeniem prawa wykonywania zawodu ani ograniczeniem w wykonywaniu określonych czynności.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego pisemnego powiadomienia o zmianach powyższego statusu.

Jestem świadomy o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(czytelny podpis osoby upoważnionej)



FORMULARZ CENOWY
ZAKRES: Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki i ratowników medycznych

Zakres	Rodzaj udzielanych świadczeń	Szacunkowa ilość godzin do zabezpieczenia miesięcznie	Proponowana ilość godzin możliwych do udzielenia miesięcznie przez Oferenta	Cena jednostkowa w zł brutto za godzinę, proponowana przez Oferenta
1	2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Ratowników Medycznych / Ratowniczkę Medyczną w Izbie Przyjęć Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego sp. z o.o. w restrykturyzacji, oraz w Zespole Reanimacyjnym zgodnie z Zarządzeniem Nr 70/2024 z dnia 24.06.2024r. Dyrektora Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego Sp. z o. o. w restrykturyzacji i innymi właściwymi przepisami lub przez Pielęgniarki/Pielęgniarki w Izbie Przyjęć	3 168 godzin	4godz.	5zł brutto/godz.

Deklaruję zlecenie pacjentom pobranie materiału i wykonanie badań diagnostycznych. TAK/NIE *

* dotyczy pielęgniarek/rzy, właściwe podkreślić

.....dnia.....
.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Sosnowiec, dn.

Oświadczenie

Oświadczam, że zobowiązuję się do posiadania umowy polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania 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)

Sosnowiec, dn.

Zaproszenie do negocjacji

Oferent zgłasza chęć podjęcia negocjacji:

w zakresie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Sosnowiec dnia

.....

.....

.....

(Dane Oferenta)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przystępując do Konkursu ofert na realizowanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego nr...../...../.....spełniam warunki wykonywania zawodu ratownika medycznego, w szczególności o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2705).

Zobowiązuję się złożyć wniosek o wydanie prawa wykonywania zawodu ratownika medycznego i wniosek o wpis do rejestru ratowników medycznych, w celu realizacji obowiązku posiadania formalnego potwierdzenia prawa wykonywania zawodu, w terminie do dnia 11 stycznia 2029 r., pod rygorem rozwiązania umowy przez Zamawiającego bez zachowania okresu wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym.

Oświadczam, że do dnia 11 stycznia 2029 r. mogę wykonywać zawód ratownika medycznego bez uzyskania dokumentu "Prawo wykonywania zawodu ratownika medycznego".

Jestem świadomy, że od dnia 12.01.2029r. mogę wykonywać zawód ratownika medycznego pod warunkiem złożenia przed tym dniem wniosku o wydanie prawa wykonywania zawodu ratownika medycznego i wniosku o wpis do rejestru ratowników medycznych.

Na żądanie Zamawiającego, jestem zobowiązany do przedłożenia niezwłocznie potwierdzenia złożenia wniosku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym.

.....
(data i czytelny podpis oferenta)

02 / 07 / 2026