

.....
(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: leczenie szpitalne
- b. Zakres świadczeń:

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.



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 po potwierdzeniu jej przez właściwą sekretarkę medyczną zostanie przedłożony do jednego z Sekretariatów/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.

W przypadku nie przedstawienia faktury/rachunku do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym udzielane były świadczenia, płatność nastąpi do 60 dni od przedstawienia faktury/rachunku.

Dopuszcza się możliwość negocjacji częstotliwości i terminu płatności.

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 pielęgniarских objętych niniejszym postępowaniem.

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.

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęćka, podpis Oferenta)

* w przypadku oferty składanej przez podmiot leczniczy zatrudniający personel medyczny, który będzie udzielał świadczeń w zakresie objętym postępowaniem konkursowym należy przestawić 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 41-219 Sosnowiec, ul. Szpitalna 1 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.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęćka, podpis Oferenta)

Załącznik nr 3 do Szczegółowych warunków konkursu nr 01/02/2023

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(adres)

NIP

Regon

Pesel

.....
(tel. kontaktowy)

**OŚWIADCZENIE PIEŁĘGNIARKI/PIEŁĘGNIARZA 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/pielęgniarza, 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 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)

ZAKRES: Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki

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 przedsiębiorcę/ osobę nie będącą przedsiębiorcą
I	2	3	4	5
I	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Bloku Operacyjnego przez Pielęgniarki specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego Udzielanie świadczeń zdrowotnych.	480 godzingodz.	Przedsiębiorca / osoba nie będąca przedsiębiorcą* Poniżej 160godz/mieszł brutto/godz. 160 godz i powyżej/mies.....zł brutto/godz.
II	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii przez Pielęgniarki specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologii i intensywnej terapii lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologii i intensywnej terapii lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologii i intensywnej terapii lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.	200 godzingodz.	Przedsiębiorca / osoba nie będąca przedsiębiorcą* Poniżej 160godz/mieszł brutto/godz. 160 godz i powyżej/mies.....zł brutto/godz.
III	Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej	574 godzinygodz	Przedsiębiorca / osoba nie będąca przedsiębiorcą* Poniżej 160godz/mieszł brutto/godz. 160 godz i powyżej/mies.....zł brutto/godz.
IV	Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki, zapewnijące całodobową opiekę pielęgniarską w Oddziałach szpitalnych, Izbie Przyjść i Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym	3 492 godzinygodz	Przedsiębiorca / osoba nie będąca przedsiębiorcą* Poniżej 160godz/mieszł brutto/godz. 160 godz i powyżej/mies.....zł brutto/godz.

* właściwe podkreślić

Oferent przystępujący do Konkursu w Zakresie IV deklaruje :

1. Gotowość udzielenia świadczeń w Oddziale....., Izbie Przyjść, Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym* (* wskazać odpowiednią jednostkę)

.....dnia.....

 (podpis i pieczęć Oferenta)

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)

Sosnowiec, dn.

Zaproszenie do negocjacji

Oferent zgłasza chęć podjęcia negocjacji:

w zakresie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

