Załącznik nr 1
do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
na Udzielenie Świadczeń Zdrowotnych (SWKO)

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ FIZJOTERAPEUTĘ, W PROJEKCIE MPD PN. "UPOWSZECHNIENIE TECHNOLOGICZNIE WSPOMAGANEJ DIAGNOSTYKI FUNKCJONALNEJ I REHABILITACJI DZIECI I MŁODYCH DOROSŁYCH Z MÓZGOWYM PORAŻENIEM DZIECIĘCYM W WOJEWÓDZTWIE WIELKOPOLSKIM" W ORTOPEDYCZNO – REHABILITACYJNYM SZPITALU KLINICZNYM IM. WIKTORA DEGI UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU.

1. Dane oferenta

Imię i nazwisko ..... telefon.....

e-mail.....

adres: kod..... miejscowość.....

ulica.....nr.....

PESEL .....

Numer prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty wydanego przez Krajową Radę Fizjoterapeutów: .....

Część dotycząca Oferentów prowadzących działalność gospodarczą:

Indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna pod nazwą....., wpisana do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Krajową Radę Fizjoterapeutów pod numerem księgi rejestrowej .....

NIP .....REGON.....

Numer rachunku bankowego do przelewu wynagrodzenia, w przypadku zawarcia umowy.....

Powyższy numer telefonu oraz adres e-mail wskazuję jako środki komunikacji przeznaczone do porozumiewania się ze mną przez Udzielającego Zamówienia w toku Konkursu ofert. Oświadczenia, wezwania i informacje przekazane za pośrednictwem jednego ze wskazanych środków uznaję za skutecznie złożone mi przez Udzielającego Zamówienia.

2. Zakres świadczeń

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **fizjoterapeutę**, w projekcie MPD.

.....
Data i podpis

3. Czas udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **fizjoterapeutę**, w projekcie MPD realizowanym przez Szpital, od dnia 30.05.2022 r. do dnia 30.06.2023 r.

.....
Data i podpis

4. OFERTA

4.1. Deklaruję wynagrodzenie w wysokości..... zł **brutto*** za godzinę pracy.
**należy przez to rozumieć stawkę brutto wraz z pełnymi kosztami Udzielającego Zamówienia, związanymi z zatrudnieniem Oferenta.*

4.2. Deklaruję ..... **godzin pracy średniomiesięcznie.**
(80 lub 160)

4.3. Posiadam tytuł naukowy ..... na kierunku fizjoterapia.
(licencjata/magistra)

4.4. Moje doświadczenie zawodowe w pracy z pacjentami pediatrycznymi wynosi:.....
(proszę wskazać pełne lata, licząc do dnia złożenia oferty)

4.5. Moje doświadczenie zawodowe w pracy w zakresie technologicznie wspomaganej rehabilitacji wynosi wynosi:.....
(proszę wskazać lata z dokładnością do pół roku, licząc do dnia złożenia oferty)

.....
Data i podpis

6. Oświadczenia:

6.1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych **przez fizjoterapeutę w ramach projektu MPD (stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO),** i akceptuję zawarte w nich postanowienia, nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

.....
Data i podpis

6.2. Oświadczam, że posiadam uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełniam określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki ich realizacji.

.....
Data i podpis

6.3. Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego Zamówienia złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem stanowiącym **Załącznik nr 2** do SWKO oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

.....
Data i podpis

6.4. Oświadczam, że świadczenia wykonywane będą w Ortopedyczno - Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. W. Degi UM w Poznaniu przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia.

.....
Data i podpis

6.5. * Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy, której wzór stanowi załącznik nr 2 do SWKO.

.....
Data i podpis
**dotyczy Oferentów, którzy nie posiadają umowy ubezpieczenia OC, aktualnej na dzień składania Ofert.*

6.6. Oświadczam, że wszystkie kserokopie dokumentów załączonych do niniejszej oferty, które nie są wydrukiem elektronicznym nie wymagającym podpisu, są zgodne z oryginałami.

.....
Data i podpis

6.7. Oświadczam, że jestem zaszczepiony/na przeciwko WZW.

.....
Data i podpis

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. Kopie dokumentów potwierdzających uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową:
   a. dyplom ukończenia szkoły wyższej,
   b. prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty,
   c. zaświadczenie o kontynuacji nauki – jeśli dotyczy,
   d. zaświadczenie lekarskie o zdolności do realizacji umowy – **dotyczy <u>wyłącznie</u> Oferentów prowadzących działalność gospodarczą,**
   e. oświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej – **dotyczy <u>wyłącznie</u> Oferentów prowadzących działalność gospodarczą.**
2. Opis przebiegu pracy zawodowej potwierdzający niezbędną wiedzę i doświadczenie w zakresie oferowanych usług – CV.
3. Kopia umowy odpowiedzialności cywilnej – jeśli Oferent dysponuje aktualną umową, na dzień złożenia Oferty – w przypadku braku umowy, Oferent zobowiązany jest złożyć stosowne oświadczenie, zgodne z treścią niniejszego formularza.